FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966

THÈSE

N° 1927

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre BAUD

Né le 22 août 1936, à La Tronche (Isère)

Présentée et soutenue publiquement le 196

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUMEURS BENIGNES DE L'ESTOMAC

•

A propos d'un cas de lipome gastrique

Président : M. L. LEGER, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1966

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre BAUD

Né le 22 août 1936, à La Tronche (Isère)

Présentée et soutenue publiquement le 196

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUMEURS BENIGNES DE L'ESTOMAC

•

A propos d'un cas de lipome gastrique

Président : M. L. LEGER, Professeur

UNIV. LEIDEN BIBL.

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1966

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Georges BROUET

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie et cytologie path.	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Bactériologie et virologie	Tournier (P.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
	Polonovski (J.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux Sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Denoix (P.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Génétique fondamentale	Lejeune (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Coury (Ch.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
	Kuss (R.)
	Verne (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
	Péquignot (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	N...
Pharmacologie	Cheymol (J.)
	Levy (Mlle J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Anatomie pathologique	Nezeloff (Ch.)
Bactériologie	Barbier (P.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Dreyfus (J.-Cl.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Histologie	Coujard (R.)
Parasitologie	Larivière (M.)
Pathologie expérimentale	Loeper (J.)
	Richet (G.)
Physiologie	Dejours (P.)
	Scherrer (J.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
	Roucayrol (J.-Cl.)
	Tubiana (M.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Cliniques :	MM.
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— cardiol. (Boucicaut)	Lenègre (J.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.) - *Beaujon :* N... - *Cochin :* Leger (L.) - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.) - *Saint-Antoine :* Gosset (J.) - *Salpêtrière :* Sicard (A.) - *Tenon :* Olivier (Cl.)	
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch)	Padovani (P.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	Mathey (J.)
— dermatol. (Saint-Louis)	Duperrat (F.)
— endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	Delay (J.)
— malad. métab. (Necker)	Hamburger (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Bernard (J.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)
— médicales : *Bicêtre :* Deparis (M.) - *Broussais :* Milliez (P.) - *Cochin :* Brouet (G.) - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) - *Lariboisière :* Sèze (S. de) *Pitié :* Dreyfus (G.) - *Saint-Antoine :* Kourilsky (R.) - *Saint-Antoine :* Boudin (G.).	
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	Debray (Ch.)
— médecine infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)

Cliniques :	MM.
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladie de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié)	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :* Lacomme (M.) - *Saint-Antoine :* Merger (R.).	
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Offret (G.)
— ophtalmolog. (Cochin)	Bregeat (P.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)
— pédiatrie	Mozziconacci (P.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	Thieffry (S.)
— pneumo-phtisiologie (Laënnec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière)	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— traumat. et orthopédique (R.-Poincaré)	Judet (R.)
— urologique (Cochin)	Aboulker (P.)
— urologique (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	Laplane (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	Domart (A.)
— (Lariboisière)	Bouvrain (Y.)
— (Pitié)	Rambert (P.)
— (Rothschild)	Wolfromm (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	Poilleux (F.)

b) Professeurs a titre personnel :

Hématologie	André (R.)
	Bousser (J.)
Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses	Bastin (R.)
Médecine : Azerad (E.); Bour (H.); Grossiord (A.); Lambling (A.); Launay (Cl.); Payet (M.); Perrault (M.); Siguier (F.); Worms (R.).	
Neuro-chirurgie	Le Beau (J.)
Neurologie	Lhermitte (F.)
Neuro-psychiatrie	Pichot (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	Maduro (R.)
Pédiatrie	Polonovski (Cl.)
	Royer (P.)
Pneumo-Phtisiologie	Kreis (B.)
	Meyer (A.)
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique .. .. SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).
Conseillers administratifs : Mlle CHAINTREUIL (G.), M. FAYE (R.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.).
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Lucien LEGER

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Michel PRÉMONT

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Qui nous a conseillé et aidé à réaliser ce travail, il nous a fait profiter de son expérience et de son enseignement, et il nous a guidé au cours de nos études.

Avec notre respectueuse reconnaissance.

A NOS MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ET DES HOPITAUX DE PARIS

En reconnaissance de leur enseignement.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Les nombreuses publications de ces vingt dernières années sur les tumeurs bénignes de l'estomac ont ouvert un nouveau chapitre de pathologie digestive et ont précisé les multiples problèmes les concernant : problème diagnostique pour lequel la radiologie et l'histologie sont essentielles ; problème thérapeutique : ces tumeurs sont chirurgicales et leur exérèse, selon les cas, doit se borner à une résection limitée ou à une gastrectomie partielle, voire totale.

Ces tumeurs bénignes de l'estomac ont une grande diversité : leurs caractères anatomo-pathologiques, leur potentiel évolutif, leur volume, leur nombre, leur localisation impriment à ces tumeurs des aspects très variables et amènent à envisager des indications thérapeutiques diverses.

C'est à propos d'un cas de lipome gastrique qu'il nous a été donné d'observer dans le Service de Monsieur le Professeur agrégé PRÉMONT, que nous réexaminerons les différents problèmes qu'elles soulèvent.

Après un bref rappel historique, nous présenterons l'observation de ce lipome de l'estomac qui, à notre avis, illustre bien les problèmes diagnostiques et thérapeutiques posés par les tumeurs bénignes de l'estomac.

Nous tenterons de classer ces tumeurs dites bénignes pour en faire ensuite une étude étio-pathogénique, anatomo-pathologique, clinique, radiologique et envisager finalement leur thérapeutique.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Les lipomes gastriques sont mentionnés pour la première fois par MORGAGNI, en 1762, dans ses cahiers d'autopsie. En 1790, GOURAND décrit un « stéatome gastrique : corps du volume d'un œuf de poule rejeté par vomissements et qui serait de nature sébacée car, en ayant jeté quelques parties sur des charbons ardents, elles répandirent en se fondant une fumée fuligineuse à la manière des substances huileuses ». En 1882, c'est CRUVEILHIER qui, de façon certaine, présente un lipome gastrique prélevé au cours d'une autopsie : « J'ai rencontré dans l'estomac, au voisinage du pylore, une tumeur adipeuse qui avait le volume d'une amande entourée de sa drupe ; cette tumeur non pédiculée était revêtue par sa membrane muqueuse intacte. »

Pendant longtemps, ces tumeurs restent des découvertes d'autopsie et leur rareté est évaluée par TILGER, en 1893, qui retrouve 2 lipomes sur 3.500 autopsies.

Leur étude histologique est entreprise par VIRCHOW, en 1863, puis par RECKLINGHAUSEN, LHERMITTE, NAGEOTTE, ROUSSY, LEROUX et MÉNÉTRIER.

Il faut attendre le XX^{e} siècle pour voir les publications se multiplier : lipomes, adénomes, fibromes, myxomes, myomes furent alors décrits.

FISCHER, en 1905, réussit le premier l'intervention pour exérèse d'un lipome de la région pré-pylorique obstruant le pylore.

En 1911, LERICHE enleva une tumeur gastrique chez un sujet atteint d'une maladie de Recklinghausen. VÉROCAY, LHERMITTE, LEROUX, NAGEOTTE et ROUSSY aboutirent à l'isolement et à la description du schwannome ou neurinome, tumeur d'origine nerveuse qui occupe désormais le premier rang des tumeurs gastriques bénignes.

Alors que le syndrome clinique des tumeurs bénignes de l'estomac voit se préciser sa définition, le diagnostic radiologique fait d'énormes progrès avec les travaux de Duval, Béclère, Porcher, Gutmann, Ledoux-Lebard, Moutier et Garcia-Calderon.

Tour à tour, les gastro-entérologues et les chirurgiens publient de nouveaux cas, s'attachant au diagnostic pré-opératoire et au mode d'exérèse (Lardennois, Bergeret, Brocq, Mondor, Albot, Gomez, Peycelon, Banzet, Santi...).

L'histologie va devenir plus affirmative avec les travaux de Delarue, Hagueneau, Dubarry, de Grailly...

De même manière, de nombreuses études sont consacrées à cette question par des auteurs étrangers.

CHAPITRE III

OBSERVATION

Madame G..., soixante et onze ans, est hospitalisé le 30 janvier dans le Service de Chirurgie de l'Hôpital de Courbevoie, pour un syndrome anémique d'apparition récente.

Depuis cinq jours : malaises, lipothymies, asthénie intense rendant le lever impossible. En ville, est notée une chute de la tension artérielle à 12 cm de mercure pour la maxima (alors qu'elle se situe normalement entre 18 et 20 cm chez cette femme âgée légèrement hypertendue) et une anémie à 2.350.000 hématies par millimètres cubes.

L'examen clinique, en dehors d'une pâleur généralisée de la peau et des muqueuses chez une femme obèse, est pauvre. Tout au plus, à travers une paroi abdominale très épaisse, découvre-t-on une légère sensibilité de l'hypocondre gauche. Pas de rate perceptible, ni d'adénopathie pathologique, les urines sont claires et les selles de coloration normale.

L'interrogatoire est pauvre et ne présente rien de bien particulier : une pleurésie à l'âge de vingt et un ans, trois grossesses normales, une hystérectomie pour fibrome compliqué de métrorragies en juillet 1963. Cependant, en insistant, deux mois auparavant, on retrouve un petit épisode digestif fait de coliques, de diarrhées et de vomissements alimentaires, ayant duré deux jours et depuis la patiente ressent après certains repas, de façon irrégulière, une petite douleur épigastrique, à type de torsion, cédant spontanément.

Au total, le tableau clinique se résume à un syndrome anémique aigu sévère, d'apparition très récente, chez une femme de soixante et onze ans qui présente, depuis deux mois, alors qu'elle n'avait aucun antécédent digestif, une douleur épigastrique post-prandiale très discrète.

Parallèlement à la réanimation (transfusion de 2,5 litres de sang frais les premiers jours de l'hospitalisation), on demande un lavement baryté et un transit baryté gastro-duodénal.

C'est le transit gastro-duodénal qui apporte un élément diagnostique important : on note, sur tous les clichés de l'estomac, une amputation de l'antre pylorique par une masse dont les contours sont nets et qui semble être rattachée à la petite courbure dans sa partie horizontale, région où la masse est imparfaitement cernée par la baryte. Le reste de l'estomac est normal et le cadre duodénal est bien visible.

On évoque un volumineux polype de l'antre.

La malade étant parfaitement réanimée, l'intervention est décidée le 22 février 1965.

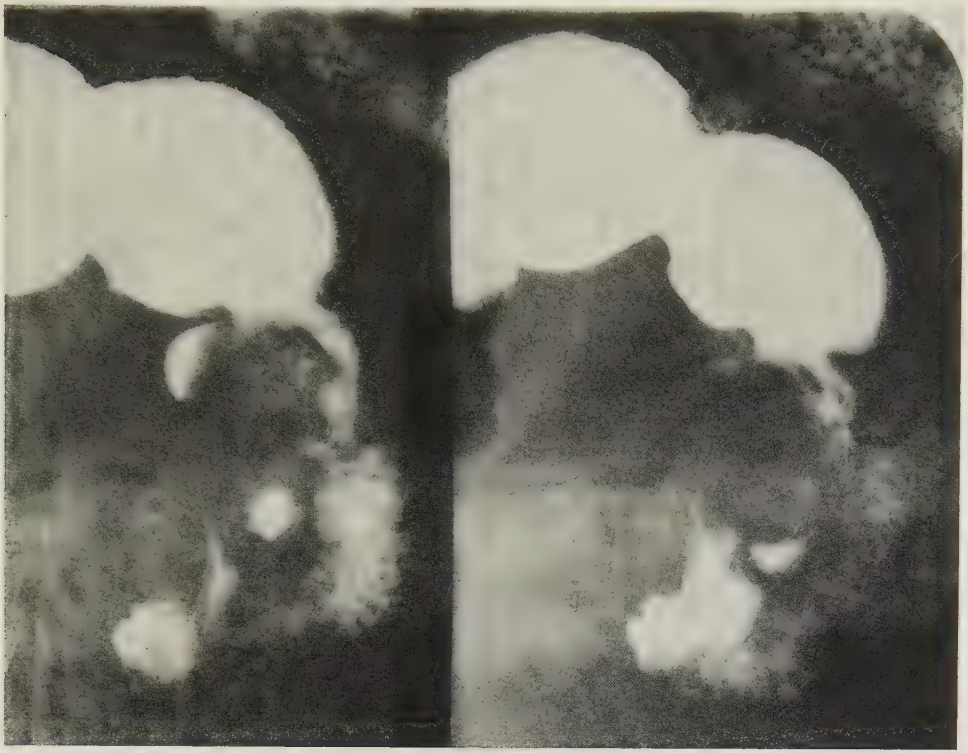
On découvre une volumineuse tumeur molle de l'antre. La paroi gastrique est parfaitement souple, le reste de l'estomac est parfaitement normal.

On pratique une gastrectomie des deux tiers, type Péan.

A l'examen macroscopique, il s'agit d'une tumeur sessile, grosse comme une mandarine, infiltrée, très molle, située sur la face antéro-inférieure de l'antre. Elle présente un orifice d'ulcération, siège vraisemblable de l'hémorragie. On évoque alors un lipome.

La pièce examinée par le Docteur J. Rougeau nous confirme le diagnostic : « Il s'agit d'un lipome qui siège entre la musculaire muqueuse et la musculeuse, et qui s'accompagne d'une ulcération au niveau de laquelle la structure du lipome est remplacée par un granulome inflammatoire particulièrement riche en vaisseaux congestifs. Il donne l'origine de l'hémorragie puisqu'il n'existe aucune autre lésion locale et que les suites opératoires ont été particulièrement simples et le sont restées.

En conclusion, chez cette femme menacée d'hémorragie, ni la clinique, ni la radiologie n'ont pu conduire à un diagnostic certain, mais elles ont eu le mérite de faire poser l'indication chirurgicale qui, tout en guérissant définitivement la malade, permet de préciser utilement le diagnostic.



CHAPITRE IV

CLASSIFICATION DES TUMEURS BÉNIGNES DE L'ESTOMAC

La différenciation clinique, ou radiologique des tumeurs bénignes de l'estomac est incertaine, voire impossible. Leur classification ne peut se faire que d'après leur étude histologique.

Tous les éléments de la paroi gastrique peuvent être le point de départ d'une tumeur bénigne.

Aux dépens de la muqueuse naissent les adénomes :

— adénome isolé pédiculé ou sessile ;
— polyadénome polypeux ou pédiculé ;
— polyadénome sessile ou en nappe.

La coexistence de ces différents aspects est souvent notée lorsqu'il existe une polypose diffuse et polymorphe.

Aux dépens de la sous-muqueuse, dérivant :

— des cellules argentaffines (de Kuctchitsky) : les tumeurs carcinoïdes ;
— du tissu nerveux : les schwannomes ;
— du tissu musculaire lisse : les léiomyomes ;
— du tissu adipeux : les lipomes ;
— des éléments vasculaires : hémangiomes, tumeurs glomiques, hémangiopéricytomes, hémangioendothéliomes ;
— des éléments lymphatiques : lymphangiomes ;
— des cellules réticulaires primitives : réticulohistiocytomes.

Les dysembryoplasies :

— kystes gastriques : kystes organoïdes dysgénétiques et kystes entérogènes avec duplication gastrique ;
— inclusions hétérotypiques : pancréas accessoire, inclusions brünneriennes, inclusions liberkühniennes, adénomyomes.

Les tumeurs villeuses de l'estomac, individualisées en 1936 par Brulé, Cain, Moulonguet, Hillemand et Aubrun, forment réellement la frontière entre les tumeurs bénignes et malignes de cet organe. Issues de la muqueuse gastrique, on les considère actuellement comme une forme autonome de tumeur végétante susceptible d'évoluer en deux phases : bénignité, puis malignité.

En outre, Martin et ses collaborateurs ont isolé, en 1960, dans le cadre des tumeurs conjonctives de l'estomac, une variété curieuse d'implantation intra-pariétale dont ils ont supposé la nature musculaire et qu'ils ont pour cette raison dénommée « tumeur myoïde intramurale », l'originalité en est faite d'une formule cytologique particulière. Sautot ayant repris cette étude en 1965, conclut à leur nature musculaire lisse.

Quant aux granulomes éosinophiles dont une trentaine de cas sont publiés, Bergeret et Olivier les considéraient comme tumeurs inflammatoires non spécifiques, et c'est à ce titre qu'ils trouvent place au sein des tumeurs bénignes.

CHAPITRE V

ÉTIO-PATHOGÉNIE

I. — FREQUENCE

Depuis trente ans, les cas de tumeurs bénignes se sont considérablement accrus du fait de la multiplication et du perfectionnement des examens radiologiques et des possibilités nouvelles de la chirurgie. Le nombre de cas actuellement publiés dépasse plusieurs milliers.

Assouad, en 1961, relate 2.500 interventions gastriques depuis 1945, dont 2.000 lésions ulcéreuses, 500 lésions tumorales, parmi lesquels 11 tumeurs bénignes, soit 2 %.

Delannoy, en 1965, collige 27 tumeurs bénignes contre 600 cancers gastriques. Elles se répartissent de la façon suivante :

— adénomes	8	dont 5 adénomes dégénérés
— schwannomes	7	dont 2 dégénérés
— léiomyomes	3	
— fibromes	2	
— lipomes	2	
— angiomes	2	
— pancréas aberrent	2	
— granulome	1	

Palmer donne une répartition analogue portant sur 1.685 cas :

— adénomes	81
— schwannomes	222
— léiomyomes	610
— fibromes	289
— lipomes	35
— angiomes	93
— pancréas aberrents	215

La répartition des tumeurs bénignes entre elles est donc :

1) Les schwannomes

Pour NEYRAUD et HOAREAU, ils seraient au second rang des tumeurs bénignes de l'estomac après les myomes. PAUL et CHAPMANN, en 1945, concluaient à l'extrême rareté de cette tumeur. Cette divergence semble tenir à la difficulté d'identification histologique entre schwannome et léiomyome. Pour FEKETE, leur fréquence serait de 17 %. Plus récemment, MOUCHET rapporte 9 schwannomes sur 25 tumeurs bénignes de l'estomac. LEROY, BLANC et HENRY concluent, en 1962, à une augmentation de fréquence relative du schwannome qui doit être considérée comme la plus fréquente des tumeurs bénignes de l'estomac.

2) Les léiomyomes

De découverte fréquente au cours des autopsies : 40 % d'après FRANCILLON, 15 à 40 % pour CRESSMANN. En fait, les léiomyomes gastriques opérés sont beaucoup moins fréquents. En 1960, GRAFE, THORBJARNARSON, PEARCE et BEAL donnent la statistique du New York Hospital de 1932 à 1959 : sur un ensemble de 171.708 malades hospitalisés, ils ne relèvent que 23 léiomyomes opérés, parmi lesquels 14 sont asymptomatiques et 1 de découverte opératoire fortuite.

Les léiomyomes opérés représentent environ 1 % des tumeurs gastriques opérées et 35 à 40 % des tumeurs bénignes de l'estomac.

3) Les polypes ou adénomes

Leur fréquence varie de 6 à 12 % selon les auteurs.

4) Les fibromes

Pour PALMER, 4 à 6 % des tumeurs bénignes de l'estomac sont des fibromes.

5) Les lipomes

C'est une tumeur très rare. En 1959, FEKETE en retrouve 110 cas dans la littérature mondiale, en contradiction avec YOON et LUDECKE qui réunissent déjà 125 cas en 1948.

LAPEYRE, en réunissant une centaine de cas, conclut à une fréquence de 2 %.

Quant aux autres tumeurs bénignes de l'estomac, elles sont encore plus rares.

II. — AGE

Les tumeurs bénignes peuvent se rencontrer chez l'enfant, mais en raison de leur très grande latence, elles ne sont découvertes et opérées qu'à l'âge adulte entre quarante et soixante-dix ans.

Sur une série de lipomes analysés par LAPEYRE et CARABALONA, on a la répartition suivante :

— 10 à 20 ans	1 cas						
— 20 à 30 »	2 »						
— 30 à 40 »	11 »						
— 40 à 50 »	13 »	dont	1	découverte	nécropsique		
— 50 à 60 »	23 »	»	6	»	»		
— 60 à 70 »	19 »	»	10	»	»		
— 70 à 80 »	15 »	»	11	»	»		
— au-delà	4 »	»	3	»	»		

Cette répartition selon l'âge est valable pour les autres tumeurs bénignes de l'estomac. Les 25 cas de tumeurs bénignes de MOUCHET se répartissent de la façon suivante :

— schwannomes : 28, 33, 44, 47, 49, 63, 65, 68, 74 ans ;
— léiomyomes : 46, 53, 59, 69 ans ;
— fibrome : 51 ans ;
— lipome : 72 ans
— pancréas accessoire : 53 ans.

Actuellement, nous pouvons conclure à un élargissement net de l'éventail des âges, ce qui va de pair avec l'augmentation de fréquence de ces tumeurs.

III. — LE SEXE

MOUCHET, sur 25 cas de tumeurs bénignes, trouve 13 hommes et 12 femmes.

Sur 110 cas de lipome, LAPEYRE et CARABALONA trouvent :

— 51 hommes, soit 46 % ;
— 40 femmes, soit 36 % ;
— 19 non précisés.

Le schwannome prédomine discrètement chez la femme : 18 observations dans ce sexe sur les 32 cas de LEROY.

PERROTIN conclut à une répartition égale des léiomyomes entre les deux sexes.

En conclusion, le sexe semble être sans influence bien nette sur la répartition des tumeurs bénignes de l'estomac et, si elles sont un peu plus fréquente chez l'homme ou chez la femme suivant leur nature, la différence est peu significative, surtout par comparaison avec le cancer de l'estomac.

IV. — L'HEREDITE

En ce qui concerne les lipomes, l'origine congénitale est envisagée par HOGUE, LINOLI et RENANDER. En 1940, RUMOLD la retient pour un malade qui, présentant un lipome gastrique, avait une sœur, un frère et deux neveux présentant des lipomes des extrémités. DAZA et ZUNIGA, en 1942, ont la même opinion.

Devant l'évocation d'un schwannome, il faudra rechercher soigneusement une maladie de Recklinghausen, ou devant un adénome rechercher d'autres formations polypoïdes.

Il est bien difficile, sur des cas uniques ou peu nombreux, de conclure à un rôle certaine de l'hérédité dans la répartition des tumeurs bénignes de l'estomac.

V. — PATHOGENIE

La pathogénie des tumeurs bénignes de l'estomac est mal expliquée et a donné lieu à de nombreuses controverses.

Pour les lipomes, l'origine congénitale soutenue par des cas de lipomatose, comme celui de RUMOLD, s'oppose à une théorie inflammatoire défendue par QUÉNU, DELBET et KOUJETZNY qui ont repris les théories de VIRCHOW. Celui-ci attribuait un rôle déterminant à la gastrite prémonitoire dont l'étiologie peut être alcoolique, syphilitique ou mécanique (par défaut de mastication).

Actuellement, avec PHELAN et ROWAN, le lipome de l'estomac doit être considéré comme une dysplasie adipeuse et conjonctive.

Les schwannomes, comme toute tumeur nerveuse du tube digestif, peuvent apparaître comme partout ailleurs, à partir des différents élé-

ments constitutifs des structures ganglionnaires et tronculaires. Aujourd'hui, nul ne conteste plus la théorie de MASSON qui voit dans la gaine de Schwann le point de départ de la tumeur. Au contraire, les ganglioneurones gastriques apparaissent comme une prolifération dérivée des cellules ganglionnaires des plexus intra-muraux. Quant aux fibromes, ils dérivent de la prolifération des enveloppes (épinèvre et parfois périnèvre) et de la gaine de Schwann. Les neurones proviennent des éléments neuritiques proprement dits.

Au niveau du tube digestif, on rencontre surtout des schwannomes, parfois des fibromes, mais dont l'origine nerveuse est rarement prouvée ; très rarement, on rencontre des ganglioneuromes.

Les tumeurs gastriques, expression de la neuro-fibromatose de Recklinghausen, comprennent théoriquement et presque essentiellement des neurofibromes. Mais, en réalité, un certain nombre de schwannomes authentiques par leur structure histologique appartiennent à ce syndrome si particulier.

Nous pouvons donc conclure :

— Que les lipomes sont des tumeurs extrêmement rares : 2 % des tumeurs bénignes de l'estomac, celles-ci ne représentant que 2 % des lésions tumorales de l'estomac ; le schwannome et le léiomyome étant les tumeurs bénignes les plus fréquentes au niveau de l'estomac.

— Ces tumeurs sont découvertes surtout dans la deuxième moitié de la vie.

— Elles ne semblent pas influencées par le sexe.

— Le rôle de l'hérédité reste discutable faute d'un nombre de cas assez important.

— Enfin, l'origine dysplasique de cette tumeur est la plus couramment admise.

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs bénignes sont des formations dues à une « surproduction tissulaire prédominante aboutissant à un tissu nouveau hyperplasique et autonome ».

Il faut surtout s'attacher à regrouper les éléments qui permettent de supposer la bénignité : accroissement très lent, encapsulement, architecture régulière sans monstruosité cellulaire ou mitose anormale, absence de dissémination à distance.

Mais il faut faire d'importantes réserves : le diagnostic histologique peut être parfois très difficile, qu'il s'agisse de distinguer une variété de tumeur par rapport à une autre (par exemple : distinction entre un schwannome et un léiomyome), ou *a fortiori* qu'il s'agisse de déterminer la possibilité d'une transformation maligne.

Ces lésions se rencontrent à n'importe quel niveau de l'estomac. Si la petite courbure reste le siège de prédilection, si les tumeurs de la grande courbure ou des faces sont classiques, il faut insister sur certaines formes intéressantes.

Comme le montrent chacune des statistiques de HILLEMAND, MOUCHET et DELANNOY, le siège de prédilection est bien la région antro-pylorique. Il en résulte des signes orificiels qui témoignent soit d'une sténose progressive, soit d'une sténose intermittente dite « à clapet ».

Siège	HILLEMAND	MOUCHET	DELANNOY
— Antro-pylorique	66 %	15 %	20 %
— Médio-gastrique	24 %	8 %	5 %
— Fundique	10 %	2 %	6 %

La région fundique pose de difficiles problèmes, tant diagnostiques : nécessité de certains artifices de technique radiologique, que thérapeutiques : difficulté d'être très conservateur lors de l'exérèse.

Le mode de développement est important à connaître, il est à la base de la confrontation anatomo-clinique. Née dans l'épaisseur de la paroi gastrique, la tumeur peut être :

— *Intra-murale ou interstitielle :* c'est le fait des tumeurs conjonctives petites ne dépassant pas 2 à 3 cm de diamètre.

— *Endogastrique :* faisant une saillie plus ou moins importante à l'intérieur de la cavité gastrique. Il s'agit alors de tumeur plus volumineuse, le plus souvent sessile avec une base d'implantation plus ou moins large, déplissant la muqueuse tendue à la surface de la tumeur, sans jamais lui adhérer, sauf inflammation ou transformation. Plus petite, la tumeur peut se pédiculiser (polype), ce pédicule plus ou moins long peut permettre, dans les zones orificielles, l'engagement de la tumeur à travers le pylore ou le cardia.

— *Exogastrique :* s'extériorisant vers la cavité abdominale comme le font certains schwannome et léiomyome. Volumineuse, la tumeur a tendance à se pédiculiser et « perdue » dans la cavité abdominale peut simuler toutes les tumeurs. Delannoy cite le cas d'un schwannome de 2,500 kg né au niveau de l'angle gastrique, complètement prolabé dans le petit bassin et considéré comme une tumeur ovarienne.

— *Endo et exogastrique à la fois :* tumeur en haltère ou en sablier (Mondor).

Le volume des tumeurs bénignes est extrêmement variable, même en laissant de côté les découvertes sur le cadavre de tumeurs du volume d'un pois. Les tumeurs radiologiquement décelables ont au moins la taille d'une cerise.

Le volume et le poids dépendent de la nature histologique de la tumeur, nature qui conditionne l'activité cellulaire. Ce sont les schwannomes et les léiomyomes qui fournissent le contingent de grosses pièces. Les adénomes et les lipomes sont généralement plus petits, dépassant rarement le volume d'une mandarine, les premiers parce qu'ils dégénèrent vite et donnent une symptomatologie d'alarme, les lipomes et les fibromes en raison de leur faible activité.

L'ulcération de la tumeur bénigne de l'estomac est fréquente et se rencontre dans un tiers des cas environ, particulièrement dans les schwannomes et les léiomyomes. Ulcération petite ou vaste, unique ou multiple, pouvant communiquer souvent avec une ou plusieurs cavités kystiques anfractueuses intra-tumorales. Ce peut être une ulcération centrale dont la pathogénie est discutée : trophique par usure et par ischémie, auxquels s'adjoint notamment dans le cas des schwannomes les remaniements kystiques, de la forme kystique simple à la fonte colloïdo-kystique avec toute une gamme de tumeurs à contenu filant clair ou hémorragique.

Cette ulcération est à l'origine des hémorragies distillantes ou cataclysmiques fréquemment observées.

Cette ulcération est très visible sur les films radiographiques et donne des images très expressives (cocarde), sans valeur diagnostique quant à la nature histologique de la tumeur. Ce n'est ni le symptôme des schwannomes, ni le témoin d'une dégénérescence certaine, contrairement aux interprétations de Brocq et Neyraud (Delannoy).

Quant à l'association d'une tumeur bénigne avec un ulcère, elle mérite d'être signalée en raison de son incidence diagnostique et thérapeutique. A la lumière des observations publiées à ce sujet (Girard, Kirsch, Giraud, Palumbo), ces ulcères ne semblent pas avoir de caractères très particuliers, ce sont le plus souvent des ulcères chroniques banaux dont la présence semble être le fait d'une simple coïncidence, sans qu'il y ait aucun rapport de cause à effet entre les deux affections.

L'association avec le cancer épithélial est exceptionnelle. Delannoy cite un lipome antral associé à un épithélioma ulcéré, mais où l'auteur se demande s'il ne s'agit pas d'un ulcère dégénéré.

L'étude macroscopique et microscopique de la tumeur est à la base de la classification et sera examinée suivant les formes anatomiques.

1) Lipomes

Les lipomes se développent dans la sous-séreuse. Saillant dans la cavité gastrique, leur incision est nécessaire à leur identification.

Ils sont de coloration jaune, leur surface est lobulée. A la coupe, la capsule conjonctive est nette et constante, envoyant à l'intérieur de la masse lipomateuse des travées fibreuses qui durcissent sa consistance et pouvant réaliser par leur densité la structure fibro-lipomateuse.

La tumeur, dans sa capsule, possède dans la sous-muqueuse gastrique une assez grande facilité de glissement dont la mise en évidence à la radioscopie est parfois possible.

Une ou deux ulcérations du lipome existent souvent et constituent un caractère de la tumeur. C'est un cratère qui peut être volumineux par sa taille et sa profondeur et dont la raison est discutée. Pour Troisier et Santy, il s'agirait d'une usure mécanique de la muqueuse qui est plus fine au centre qu'à la périphérie, mais il existe de gros lipomes non ulcérés (Métivet) et de petits lipomes ulcérés (Jorns, Moriceau-Beauchant, Burmeister, Melchior, Mazza-

RELLA). Sur certains lipomes, on peut retrouver un ulcère cicatrisé (VON RUSSDORF), ou une simple dépression en cupule sans ulcération de la muqueuse (BRAZIS, BENAKY, NAHMMACHER). On peut voir aussi une ulcération à la périphérie du lipome. C'est pourquoi la théorie de l'ulcération trophique (ELLIOT, SOBCZYCK) paraît plus séduisante.

Il a été décrit l'association d'un lipome de la paroi antrale antérieure et une ulcération en vis-à-vis sur la face postérieure de l'antre (LAPEYRE et CARABALONA), évoquant selon les auteurs un mécanisme neuro-circulatoire.

Un ulcère à distance est possible (MANNEL, SOBCZYCK), association probablement fortuite.

La muqueuse avoisinante est soit atrophique (BATTAGLIA), soit hypertrophique (ROBERTS). Dans un cas, présence sur toute la surface de la muqueuse gastrique d'un enduit graisseux de 2 mm d'épaisseur (VERNE, BARIÉTY, TROISIER).

Histologiquement, il s'agit le plus souvent d'un lipome pur : tissu adipeux adulte plus ou moins lobulé avec des réactions conjonctivo-vasculaires plus ou moins marquées. Rarement, il s'agit d'une formule mixte : fibro-lipome (FISCHER, GLASS, BEZZA, FALLA, ALVAREZ, MAZZARELLA, SKORNECK), lipo-fibro-myome (SCHINZ), lipo-myxome (MARESCOT), angio-lipome (BEZZA). Une évolution kystique du lipome a été signalée par BARIÉTY, retrouvée dans une observation de AHLQUIST.

La dégénérescence d'un lipome n'a jamais été mentionnée.

L'association de plusieurs lipomes est possible : deux cas rapportés par PEABODY, AHLQUIST et LEROY ; plusieurs cas par VERNE et UNDERWOOD. FAWCETT a décrit un cas d'association d'un lipome gastrique et de deux lipomes duodénaux. De même, l'association lipome - cancer gastrique a été rapportée par VERGER et MASSIAS, SCOTT et BRUNSCHWIG, LINOLI, MANGEL. Ces associations apparaissent tout à fait fortuites.

On a également décrit l'association d'un lipome à une neurofibrome de l'antre (THOMPSON, OYSTER), à un angio-lipome médiastinal, à des angiomes du poumon, du foie, de la rate et des surrénales (DUVOIR).

On a voulu établir une relation entre les lipomes et les dépôts lipidiques en îlots de la muqueuse gastrique (lipoïdes de Henke-Lubarsch), fréquents chez les sujets âgés. Ils seraient dus à un trouble du métabolisme lipidique analogue à celui traduit par l'athéromatose. Ils sont faits d'acides gras et d'esters cholestéroliques. Ce sont des îlots très superficiels limités à la muqueuse gastrique.

2) Schwannomes

Beaucoup plus complexes sont les schwannomes.

Ils apparaissent comme des tumeurs pleines, fermes, bien encapsulées, blanc jaunâtre ou rouge vineux, voire violacées ou noirâtres, la surface en est régulière, souvent ravinée, plurilobulée.

Le mode de développement permet d'individualiser :

— Une forme interstitielle à développement intra-mural dans la paroi gastrique. Elle est souvent de petit volume, parfois plus importante, enfin elle peut se présenter comme un ulcus calleux au premier abord.

— La forme endogastrique est sessile, assez volumineuse, soulevant la muqueuse ; ou pédiculée, plus volumineuse, une telle forme pouvant s'invaginer dans le duodénum.

— La forme exogastrique peut peser plusieurs kilogrammes et prendre plusieurs aspects : soit variété massive à pédicule court évoluant vers la grande cavité ou clivant au contraire les mésos ; soit variété kystique pédiculée à pédicule étroit et très long conférant à la tumeur une très grande mobilité et la possibilité d'un siège paradoxal.

Il faut citer d'autres aspects : la forme à développement double, à la fois endo et exogastrique, en haltère ou en sablier, est assez caractéristique ; à l'opposé, l'aspect de formation polypeuse ou de renflement polypoïde d'un pli est plus rare.

Si la morphologie peut varier, il convient de souligner les caractères d'ensemble des schwannomes :

— Il existe de façon constante une capsule qui isole la néoplasie des tissus voisins.

— La paroi gastrique est toujours souple au voisinage de la tumeur.

— La musculeuse n'est pas envahie, seulement étirée, refoulée. Il existe même de véritables formes intra-musculaires de schwannomes. Quant aux petits noyaux sous-muqueux aberrants, parfois microscopiques, ils sont rares.

Surtout, on connaît la fréquence de leur ulcération qui peut communiquer avec une ou plusieurs cavités kystiques anfractueuses intra-tumorales. D'ailleurs, les remaniements kystiques de la forme kystique simple à la fonte colloïdo-kystique avec toute une gamme de tumeurs à contenu filant clair ou hémorragique, semblent bien être une des caractéristiques anatomiques des schwannomes. Pour terminer, il faut

citer l'existence possible d'adénopathie qui sont purement banales ou inflammatoires.

Le polymorphisme, souligné par Gosset, Bertrand et Lœwy, complique le diagnostic histologique, surtout si on ne prend pas la précaution d'effectuer plusieurs prélèvements dans des zones distinctes. Le point le plus favorable pour cet examen est constitué par les zones denses non remaniées, sans infiltration myxoïde et sans xanthélasmisation s'il s'agit de forme passive. Dans les formes kystiques, il se situe dans le bourrelet qui limite la cavité.

L'aspect typique consiste en une juxtaposition et un enchevêtrement de faisceaux torsadés, tantôt séparés les uns des autres par des bandes collagènes, tantôt au contraire juxtaposés sans interposition de substance ou de fibres conjonctives. Ces faisceaux sont faits de cellules fusiformes anastomosées entre elles. Allongées ou rubannées, ces cellules ont un cytoplasme finalement fibrillaire, des noyaux ovoïdes ou fusiformes et des limites cellulaires si peu nettes parfois qu'elles peuvent réaliser un aspect syncitial. Au sein de ces faisceaux, apparaissent des groupements évocateurs de leur nature schwannienne : ce sont les classiques aspects en palissade, les noyaux cellulaires sont disposés en rangées parallèles, séparés les uns des autres par des zones anucléées d'aspect fibreux. Bien que plus exceptionnels, les nodules de Vérocay sont d'excellents éléments de diagnostic : il s'agit alors d'un groupement nodulaire déterminé par de multiples faisceaux en palissade enchevêtrés, réalisant l'aspect « en douve de tonneau ». Ces nodules sont considérés comme un mode de développement tissulaire très avancé. Un dernier caractère, intéressant à souligner pour le diagnostic, est la présence constante de très nombreux vaisseaux ; ils sont toujours bien individualisés, à paroi propre, entourés de collagène, souvent hyalinisés.

En fait, on est loin de retrouver dans les schwannomes gastriques ce type pur, fibrillaire, correspondant au type A d'Antoni, car coexistent presque toujours sur une même tumeur d'autres plages moins caractéristiques du schwannome. Celles-ci ont une densité cellulaire plus faible, la fasciculation y est moins nette, les cellules prennent un caractère étoilé et sont hérissées de prolongements protoplasmiques ramifiés qui les anastomosent entre elles. Toutefois, on retrouve dans ces zones le caractère fibrillaire, bien qu'il soit peu marqué, c'est alors l'aspect B d'Antoni.

La juxtaposition de zones fibrillaires torsadées et de zones réticulaires est typique des schwannomes gastriques. Mais à cette structure déjà complexe s'ajoutent des remaniements qui vont rendre le diagnostic histologique plus difficile en l'absence d'éléments macroscopiques et de prélèvements caractéristiques.

— La structure schwannienne peut disparaître totalement du fait d'une réaction conjonctive née tant au sein des faisceaux qu'entre les faisceaux. Cette sclérose collagène débute en bordure des nodules de Vérocay vieillis.

— L'apparition de nécrose de type divers peut donner au schwannome une morphologie assez spéciale. Il s'agit souvent d'une nécrose presque totale déterminant l'apparition de kystes, micro-kystes, kystes multiples donnant à la tumeur un aspect polyaréolaire, grands kystes de désintégration.

— La transformation myxoïde va conférer à la tumeur des aspects variables. L'augmentation de la substance fondamentale, son caractère œdémateux ou myxoïde véritable entraînent une transformation des éléments qui apparaissent alors réticulaires. Si cette substance augmente encore, les cellules disparaissent progressivement au milieu de la substance myxoïde, ainsi se réalise un second aspect kystique dit de fonte colloïdo-kystique. En bordure de ces zones œdémateuses ou myxoïdes, persistent encore des plages de structure schwannienne.

— La xanthélasmisation est fréquente. On voit apparaître dans les cellules et dans l'interstitium, des lipides qui confèrent à la tumeur un aspect jaunâtre. Il est très rare que cette xanthélasmisation soit totale ; le plus souvent, elle n'intéresse que certains secteurs et s'intrique étroitement avec les zones myxoïdes et les foyers de nécrose.

Le polymorphisme et les remaniements ainsi observés expliquent aisément les difficultés du diagnostic histologique et du diagnostic différentiel, et tout particulièrement avec le léiomyome.

Le problème de la malignité est le plus difficile. Dans les formes massives, un certain nombre de critères vont orienter vers la malignité de la tumeur.

— L'intensité de la nécrose n'est pas un élément formel car, nous l'avons vu, les troubles vasculaires sont susceptibles d'entraîner des modifications structurales importantes.

— La présence d'hémorragies est par contre un élément plus défavorable qui doit amener à porter des réserves sur le pronostic ultérieur, surtout si ces hémorragies interstitielles s'accompagnent d'une revascularisation mal individualisée.

— Les anomalies nucléaires et les mitoses ne constituent pas à elles seules des critères de malignité. En effet, en bordure des zones de nécrose ou de fonte myxoïde, il est fréquent de rencontrer des anomalies nucléaires traduisant une souffrance cellulaire et ne signant pas obligatoirement la malignité.

— Les cellules prennent parfois des aspects polyédriques se disposant au sein d'alvéoles. Cet aspect épithélial ou épithélioïde ne

se rencontre qu'exceptionnellement au niveau des schwannomes bénins ; par contre, il est très fréquent dans les schwannomes malins. La constatation d'une telle structure constitue donc un élément en faveur de la malignité.

En réalité, le problème se pose différemment selon les cas. Parfois, la malignité est évidente : l'intensité de la prolifération, l'anarchie cellulaire, l'existence de mitoses, la présence de zones de nécrose hémorragiques amènent très rapidement au diagnostic de malignité, mais la classification d'une telle tumeur reste difficile, car le caractère schwannien n'est pas évident. Dans d'autres cas, d'ailleurs plus difficiles, la nature schwannienne est aisément mise en évidence par la coexistence de palissades et de faisceaux entrecroisés ; par contre, la malignité n'est pas évidente, car les anomalies cellulaires sont peu nombreuses ou discutables ; la recherche de plages hémorragiques et de zones épithélioïdes pourra orienter vers la malignité. Dans les formes kystiques, le diagnostic différentiel entre bénignité et malignité est encore plus délicat devant l'intensité des remaniements. En fait, il semble très difficile de continuer à nier la malignité de certains schwannomes, même lorsque l'examen histologique de nombreux prélèvements n'a pu mettre en évidence d'anomalies nucléaires et de mitoses.

Les relations de la tumeur avec les tissus avoisinants sont simples. Le plus souvent, si elle n'est pas trop volumineuse, la tumeur apparaît strictement encapsulée, même s'il s'agit de schwannome indiscutablement malin. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on assiste à des extensions en dehors de ses limites capsulaires. C'est surtout la muqueuse qui va souffrir de développement progressif du schwannome interstitiel : elle peut apparaître érodée, nécrosée ou infarcie du fait de troubles vasculaires entraînés par la prolifération tumorale ; au maximum, se constitue une véritable ulcération à bords francs dont le fond est occupé par le schwannome lui-même. Il présente alors des remaniements nécrotiques, inflammatoires et hémorragiques.

Au niveau des prélèvements périphériques, il n'est pas rare d'observer des faisceaux nerveux au contact de la tumeur ; parfois, ils s'interrompent et disparaissent au sein du schwannomes ; mais dans d'autres cas, ils sont encore identifiables au sein de la masse tumorale, simplement englobés, mais ne participant pas au processus tumoral.

Si l'on examine systématiquement la paroi digestive à distance de la tumeur, on constate l'absence de propagation même si la malignité du schwannome ne fait aucun doute.

Quant aux ganglions prélevés, ils sont exclusivement le siège de

remaniements inflammatoires, ce qui ne surprend pas étant donné la nature de la tumeur.

Cette absence de propagation régionale semble constituer un argument macroscopique et histologique en faveur d'une exérèse limitée.

L'examen topographique permet parfois de noter, à distance de la tumeur principale, des petits nodules aberrants sur la signification desquels il est très difficile de se prononcer. Toutefois, il semble bien que les différents auteurs aient exagéré la fréquence de ces foyers satellites. En fait, s'ils ne s'intègrent pas dans le cadre d'une maladie diffuse et pluricentrique telle que la réalise la neuro-fibromatose de Recklinghausen, le schwannome gastrique est habituellement unique.

Quant aux ulcères à distance des schwannomes qui ont pu être rapportés, ils ne semblent pas comporter des caractères très particuliers à la lecture des observations publiées à ce sujet (Girard, Kirsch, Giraud, Palumbo). Ce sont le plus souvent des ulcères chroniques banaux.

3) Léiomyomes

Aux descriptions et aux classifications des *léiomyomes* codifiées par Stout, s'ajoutent une série de travaux ultérieurs par Morton et ses collaborateurs, Everts et Kazal, Kiefen et Christiansen, Elliot et Wilson.

Les léiomyomes ne se distinguent pas des autres tumeurs bénignes en ce qui concerne leur siège ; ils se trouvent soit au niveau du corps, soit de la région pylorique de l'estomac. Par contre, le léiomyome serait plus rare au niveau de la grosse tubérosité (Delannoy).

Habituellement, il s'agit d'une tumeur solitaire et bien limitée, mais on peut rencontrer des léiomyomes multiples comme chez le malade de Aumont et Rouzaud, ou comme le malade de Appleby qui était porteur de quatorze léiomyomes dont deux ulcérés.

Leur développement peut se faire soit vers la lumière gastrique, soit vers la cavité péritonéale, rarement dans les deux directions, donnant un aspect en sablier.

Le volume des léiomyomes gastriques est extrêmement variable. Ceux que l'on découvre à l'autopsie peuvent avoir que quelques millimètres de diamètre, mais ceux qui entraînent une symptomatologie clinique sont toujours plus gros.

L'aspect de la tumeur se modifie à mesure que son volume augmente. C'est ainsi que PERROTIN décrit trois types de tumeurs rencontrés dans ses observations :

1° La tumeur de petit volume est dure, ronde comme une bille ou un marron, typiquement myomateuse, incluse dans la paroi gastrique. A la coupe, la tumeur est ferme, compacte, rosée.

2° La tumeur de moyen volume a la taille d'un poing ou d'une orange, elle est encore régulière, sessile, bien limitée, mais déjà multilobée et moins dure. A la coupe, elle a une apparence charnue, elle est cloisonnée, de couleur rosée ou brunâtre.

3° La tumeur de gros volume est beaucoup moins typique, car elle a subi des remaniements considérables qui lui donnent un aspect hétérogène. Ce sont des tumeurs bosselées, parfois pédiculées, de consistance inégale, dures en certains endroits, ailleurs ramollies. A la coupe, on a l'impression d'une tumeur multi-tissulaire, car à côté des zones charnues, on peut trouver des zones calcifiées, des plages de nécrose, des hémorragies, des kystes ou même des abcès.

Ces tumeurs peuvent atteindre un volume considérable : dans une observation de PERROTIN, le diamètre était de 25 cm ; RAJASINGHAM et COORAY ont observé une tumeur de 4,100 kg, et le record appartient à VON ERLACH avec un léiomyome de 5,500 kg.

A l'examen microscopique, l'aspect est en général caractéristique : la tumeur est constituée de trousseaux de fibres myoïdes solidaires de la musculeuse gastrique. Ces fibres sont facilement identifiables en raison de leur éosinophilie franche, de leurs fibrillaires fines, de l'aspect fusiforme du noyau à extrémités arrondies, des groupements fasciculés. Les faisceaux musculaires sont groupés selon les incidences diverses avec une allure parfois tourbillonnante. La tumeur se développe en général à partir de la musculeuse gastrique et pratiquement jamais à partir de la musculaire muqueuse.

L'existence de phénomènes dégénératifs au sein de la prolifération myomateuse est relativement fréquente : évolution scléro-hyaline du stroma, plages d'œdème, voire nécrose et formation d'abcès. La tumeur peut perdre son aspect fasciculé et donner des images atypiques comme les images de ces cellules apparemment noyées dans une substance fondamentale compacte ou liquéfiée.

Les altérations de la muqueuse gastrique en regard sont variables ; celle-ci peut être ulcérée et comporter de vastes plages hémorragiques en rapport probablement avec des phénomènes d'érythrodiapédèse plus que de nécrose vasculaire. Ces vastes plages hémorragiques sont responsables des hématémèses signalées dans certaines observations, en l'absence de phénomène ulcératif caractérisé.

La muqueuse peut être plus simplement le siège d'un processus inflammatoire banal donnant un aspect de gastrite interstitielle plus ou moins étendue, donnant même des phénomènes dystrophiques avec quelques images de métaplasie intestinale.

Comme pour les autres types de tumeurs bénignes, l'association à un ulcère est probablement une coïncidence.

L'association léiomyome-tissu pancréatique aberrant a été décrite. Il s'agit d'une prolifération léiomyomateuse parcourue par des canaux excréteurs d'un pancréas accessoire. On en trouve une dizaine dans la littérature (Moulonguet, Christiansen, Perrotin).

Les modifications locales ou régionales du stroma tumoral, les phénomènes dégénératifs, le polymorphisme de certains léiomyomes peuvent rendre difficile la qualification de ces tumeurs, et deux problèmes essentiels se posent pour l'histologiste en pratique courante : d'une part, le diagnostic différentiel avec d'autres tumeurs bénignes ou tout au moins avec d'autres tumeurs à cellules fusiformes ; d'autre part, la nécessité de déterminer le pronostic de la tumeur et de la séparer d'un léiomyosarcome. Problèmes difficiles, comme l'ont signalé la plupart des auteurs, en particulier Golden et Stout, qui ont soigneusement analysé les critères de malignité possibles de ces tumeurs musculaires lisses.

— Il peut être difficile de différencier un léiomyome atypique d'un schwannome gastrique. Nous l'avons signalé à propos de l'étude histologique des schwannomes. L'existence possible d'aspect palissadique dans certaines proliférations léiomyomateuses, l'absence de nodule de Vérocay et les remaniements fréquents de certains schwannomes digestifs, expliquent la possibilité de confusion. En dehors de l'étude des dispositions réticuliniques de la tumeur et des structures vasculaires, l'absence d'encapsulement vrai en cas de léiomyome paraît être un bon critère qui l'oppose aux schwannomes.

— Les remaniements du stroma peuvent encore rendre difficile le diagnostic entre léiomyome et fibrome gastrique, et nombre de fibromes gastriques décrits répondent probablement à des léiomyomes remaniés. Stout signale, en particulier, n'avoir jamais rencontré dans l'estomac ce type de tumeur et pense que les 42 observations de fibromes rapportés par Minnes et Geschickter sur un ensemble de 931 tumeurs bénignes de l'estomac, concernent en réalité des léiomyomes atypiques.

Pour résoudre les différents diagnostics précédents, il est indispensable, surtout dans les tumeurs volumineuses (les petits léiomyomes ne posant guère de difficulté d'identification), de s'aider d'une révision histologique complète de la tumeur en utilisant les colora-

tions trichromiques, ainsi que les imprégnations réticuliniques. On aura toujours intérêt à rechercher les connexions de la tumeur avec les fibres normales de la musculeuse gastrique. On retrouve habituellement des aspects transitionnels qui pourront aider à définir la nature de la tumeur en cause. Dans quelques cas, ces aspects transitionnels peuvent être plus difficiles à retrouver et la qualification de certaines tumeurs fusiformes de l'estomac reste incertaine.

Le deuxième problème est celui du pronostic histologique (distinction entre léiomyome bénin et léiomyo-sarcome). Tous les auteurs insistent sur la difficulté possible d'une telle séparation, en particulier dans les tumeurs volumineuses.

L'encapsulement n'a aucune valeur puisqu'il manque dans toutes les variétés de tumeurs musculaires lisses du tube digestif (réserve faite des myomes œsophagiens). L'aspect infiltrant est donc toujours équivoque.

Les phénomènes dégénératifs divers, foyers de nécrose en particulier, au cours de léiomyomes authentiquement bénins, accentuent ces difficultés. La régularité cellulaire, la rareté ou l'absence de mitoses, constituent des éléments d'orientation, mais ceci n'est pas formel en raison d'altérations cellulaires (gigantisme, atypies nucléaires) possibles dans les formes bénignes et à l'opposé de régularité apparentes dans les formes malignes. L'absence de mitose même ne plaide obligatoirement contre la malignité. En fait, nécrose, hémorragies étendues, aspect nettement invasif, composent une probabilité de tumeur maligne. Une activité mitotique nette doit faire réserver le pronostic.

Les conclusions seront particulièrement prudentes lorsqu'il s'agit d'un léiomyome volumineux. Ce sont ces formes, même en apparence bénignes sur la plupart des sections examinées, qui sont susceptibles de donner lieu ultérieurement à des métastases.

4) Adénomes

En ce qui concerne les adénomes, selon la répartition des tumeurs, il faut distinguer :

L'adénome isolé, il se présente comme un polype muqueux pédiculé ou séssile.

Le polyadénome polypeux ou pédiculé, fait de plusieurs polypes réunis en un point, se pédiculisant en masse et dont le pied est plus ou moins net.

Le polyadénome séssile ou en nappe, beaucoup plus rare, où le grand nombre des tumeurs développées en surface donne à la muqueuse un aspect mamelonné, sorte de plaque plus ou moins étendue faisans saillie sur la muqueuse saine voisine et dont le relief est parcouru de gros plis pressés les uns contre les autres, séparés par des sillons profonds. Cette masse est mobile sur les plans sous-jacents. Sa hauteur peut atteindre jusqu'à 3 cm, mais la lésion est toujours plus étendue en surface qu'en épaisseur.

La coexistence de ces divers aspects est souvent notée sur la pièce où existe une polypose diffuse et polymorphe.

Les polypes se développent aux dépens du tissu glandulaire de la muqueuse gastrique. L'image est celle d'une prolifération des tubes glandulaires dystrophiques, irréguliers, à la lumière souvent ectasiée, quelquefois kystiques, tapissées par des cellules cylindriques ou cylindro-cubiques. La membrane basale est conservée, jamais les cul-de-sac glandulaires ne franchissent la *muscularis-mucosæ*. Le chorion muqueux est lui aussi inflammatoire.

Les hétérotypies intestinales peuvent, plus rarement, donner lieu soit à un adénome brünnerien reproduisant le type histologique de la muqueuse duodénale, soit au rarissime adénome lieberkühnien reproduisant le type histologique de la muqueuse intestinale. Les tumeurs villeuses bénignes en sont proches.

5) Angiomes

Parmi les angiomes, il s'agit le plus souvent d'hémangiomes. Les lymphangiomes sont l'exception. Ils peuvent être isolés ou associés à d'autres angiomes digestifs. Ils peuvent aussi être microscopiques et s'intégrer dans le cadre de la maladie de Rendu-Osler.

Ils siègent dans la sous-muqueuse et ont habituellement un développement endo-gastrique.

Ils peuvent atteindre une taille volumineuse, réalisant une tumeur violacée ou rouge vif, ou une masse parcourue de gros vaisseaux bleuâtres. Ce sont soit des angiomes simples, soit des angiomes caverneux.

a) Les tumeurs glomiques sont exceptionnelles, la première fut décrite par Kay. Elles siègent dans la sous-muqueuse ou dans la musculeuse. Leur aspect histologique rend la confusion fréquente avec les tumeurs carcinoïdes, mais il n'a jamais été constaté aucun signe de malignité.

b) Les tumeurs carcinoïdes sont également très peu nombreuses dans la littérature mondiale. Ces tumeurs dérivent des cellules argentaffines d'apparence épithéliale disséminées sur tout le tractus digestif. Contrairement aux carcinoïdes appendiculaires, bien connus et bénins, leur évolution clinique est ici plus proche de la malignité et comporte souvent propagation ganglionnaire et métastases hépatiques. En revanche, jamais le syndrome clinique et biologique, dû à une hypersécrétion de sérotonine n'a été constaté au cours des carcinoïdes gastriques.

c) Un cas unique de para-gangliome, de Jones et Mc Kee, a été une tumeur analogue aux para-gangliomes surrénaliens ou aux tumeurs de la « glande parotidienne ».

Se développant aux dépens du tissu réticulo-histiocytaire, ces tumeurs bénignes ont été particulièrement étudiées par Delarue et Kerneis, Hillemand et Marre. Ici, la tumeur s'intègre dans une maladie de système et non plus d'organe, système caractérisé par son indifférenciation relative et donc ses potentialités multiples.

Toujours sous-muqueuses, ces tumeurs peuvent revêtir plusieurs aspects histologiques dont la distinction est souvent fort délicate. On a ainsi rapporté des cas de réticulome, de xanthome, de tumeur histioïde, une forme tumorale de réticulose histiomonocytaire (Dubost et Monsaingeon), ou hémangio-péricytose que Moulonguet, Liaras et Lafargue interprètent comme une variété hémangiopéricytaire de réticulo-histiocytome voisin des angiomes.

6) Granulome éosinophile

Quant au granulome éosinophile dont, une quarantaine de cas sont publiés, où les classer ? Bergeret et Olivier les considéraient comme tumeur inflammatoire non spécifique et c'est à ce titre qu'elle trouve place au sein des tumeurs bénignes de l'estomac.

L'importance de la prolifération réticulaire et cellulaire faite d'histiocytes à cytoplasme clair, au noyau ovoïde nucléolé et la présence d'innombrables éosinophiles polynucléés permettent en effet de les classer parmi les tumeurs de type réticulo-endothélial. Picard, Hardy et Kerneis comme Moulonguet en font un processus réactionnel local d'ordre inflammatoire.

7) Dysembryoplasies

Parmi les dysembryoplasies, la présence de tissu pancréatique abérrant est le cas le plus fréquent. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un tissu pancréatique normal avec acinus groupés et aussi îlots de langerhans. Selon les cas, la prédominance de l'un ou l'autre tissu fait distinguer des tumeurs exo ou endocrines, mais il est remarquable que jamais la glycémie ne soit modifiée.

La dégénérescence maligne de ces inclusions embryonnaires est possible, mais il y a aussi des dégénérescences kystiques simples.

Par ailleurs, d'exceptionnels kystes dermoïdes ont été décrits.

Les myxomes trouvent leur place ici puisque la substance mucoïde ne se trouve normalement que chez l'embryon. Dans le seul cas connu, rapporté par SEROMANS, LASCANA et SICCARDI, la tumeur siégeait dans la sous-muqueuse, était lobulée et mollasse.

8) Tumeurs villeuses

Les tumeurs villeuses ont été rapportées pour la première fois par ROKITANSKI sous le vocable de « cancer villeux ».

Ces tumeurs siègent habituellement dans la région antrale où à la partie moyenne de l'estomac. Sessiles plus souvent que pédiculées, molles, généralement mobiles, elles présentent une surface irrégulière, bourgeonnante, faite de séries de lobes de taille inégale leur donnant parfois un aspect d'anémone de mer, en mousse, de coloration rosée.

Ces tumeurs tendent à évoluer en surface, atteignent très rarement la séreuse et ne donnent qu'exceptionnellement des métastases ganglionnaires. D'abord, la villosité est régulière et ne diffère de la muqueuse normale que par l'accentuation de la morphologie. Puis, c'est une villosité intestinale irrégulière, les franges villeuses occupent certains territoires de la surface tumorale et s'implantent sur la surface indurée qui forme le fond de la tumeur, mais la nécrose peut entraîner une abrasion étendue des villosités. A la prolifération villeuse, s'associe une prolifération de type glanduliforme, plus rarement muqueuse ou colloïde. L'extension se fait en surface mais aussi parfois en profondeur, la tumeur prend alors des caractères de malignité qui la rapproche des carcinomes atypiques infiltrants envahissant la musculeuse, voire la sous-séreuse, mais non la séreuse. Une seule fois, un envahissement ganglionnaire a été constaté, et il y a peu de tendance métastatique.

Ce sont donc bien là des tumeurs d'une relative bénignité et il semble que l'on puisse distinguer des tumeurs villeuses bénignes ou polypes villeux, et des tumeurs en voie de transformation : transition avec les cancers villeux. On conçoit les hésitations possibles du clinicien et du chirurgien lorsqu'ils doivent opter pour ou contre la malignité de pareilles tumeurs.

Cette étude macroscopique et microscopique des principales tumeurs « bénignes » montre donc :

— Qu'il est possible de reconnaître macroscopiquement une tumeur bénigne ; c'est le cas du lipome. Ailleurs, le diagnostic macroscopique peut rester hésitant et l'examen microscopique ne pourra pas trancher ; c'est le cas de certains schwannomes remaniés pouvant être confondus avec les léiomyomes.

— Le pronostic de certaines de ces tumeurs peut être délicat à poser et peut nécessiter une étude histologique approfondie de toute la tumeur.

CHAPITRE VII

CLINIQUE

Il faut mettre l'accent sur la latence clinique quelquefois prolongée des tumeurs bénignes de l'estomac et sur la conversation de l'état général en l'absence de transformation néoplasique.

Avant l'ère chirurgicale et radiologique, elles étaient toutes des découvertes d'autopsie. Elles sont encore de temps à autre des découvertes radiologiques ou opératoires fortuites.

De toute façon, le diagnostic de lésion ne peut être que fortement soupçonné sur une triple confrontation clinique, radiologique et endoscopique. La certitude absolue ne peut être apportée que par l'intervention. Enfin, seule l'histologie sera l'étape décisive pour affirmer le diagnostic de nature.

Enfin, quelque soit la nature de la tumeur bénigne, les symptômes cliniques sont toujours les mêmes.

Schématiquement, trois tableaux cliniques peuvent être isolés ou associés.

1) Douleurs

Les phénomènes douloureux sont rencontrés seuls dans près de la moitié des cas.

Douleurs épigastriques sans caractères précis : douleur sourde à type de pesanteur ou de tiraillement, ni rythmée ni périodique, accompagnée ou non de gêne et de gonflement post-prandial. Elles paraissent dues à la gêne fonctionnelle de l'estomac ou encore à l'ulcération et à la réaction inflammatoire qu'elle entraîne. Quand les douleurs revêtent le caractère lithiasique ou ulcéreux, la lithiase ou l'ulcère doivent être soupçonnés et recherchés avec soin.

2) Hémorragies

Complication dont la fréquence fait partie des circonstances de découverte (douze fois sur vingt-cinq cas publiés par MOUCHET, dix-sept fois sur quarante-trois cas pour DELANNOY).

Les tumeurs bénignes ne constituent cependant que 2 % des causes des hématémèses (ZIMMERMAN).

Dans deux-tiers des cas, c'est une hématémèse de moyenne ou de grande abondance. Quelquefois massive et révélatrice (PEYCELON) et nécessitant une réanimation intense.

Le mélæna, dans un tiers des cas, est le plus caractéristique des tumeurs duodénales quand il est abondant. Il doit être recherché par l'interrogatoire et l'étude biologique des selles.

L'hémorragie répétée, distillante ou occulte, entraîne en règle, une anémie de type hypochrome et d'aspect pseudo-néoplasique qui peut égarer le diagnostic.

L'hémorragie est due à l'ulcération de la tumeur associée ou non à des phénomènes congestifs comme ceux que l'on peut voir dans l'ulcère banal, dans quelques rares cas, elle est due à ce dernier. Le volume de la tumeur semble jouer un rôle moins important que sa nature histologique et les tumeurs vasculaires sont à cet égard les plus prédisposantes.

3) Tumeur perceptible

La tumeur cliniquement perceptible est plus rarement rencontrée : quatre fois sur quarante-trois cas de DELANNOY. Elle est le plus souvent associée aux douleurs et aux hémorragies. Comme le siège est le plus souvent antro-pylorique, la tumeur est perçue dans la région épigastrique ou para-ombilicale, de volume variable et souvent très mobile. Quand il s'agit d'une tumeur exo-gastrique bien pédiculée, on constate alors une tumeur baladeuse mobile suivant les différents axes et même une tumeur fantôme et le diagnostic de siège devient alors impossible en dehors de la laparoscopie.

A côté de ces trois tableaux, les tumeurs bénignes péri-orificielles du type polype, peuvent donner un tableau d'occlusion pylorique intermittente ou permanente par engagement de la tumeur dans le duodénum (DEBRAY et MUFFANG), beaucoup plus rarement de dysphagie intermittente par engagement dans l'œsophage d'un polype sous-cardial (DELANNOY).

Les complications que sont les hémorragies, l'obstruction pylorique ou cardiale, les compressions de voisinage, constituent plutôt des tableaux cliniques en rapport avec le siège de la tumeur.

La perforation est exceptionnelle (Chalnot et Skandalakis).

La lithiase vésiculaire, la hernie hiatale sont des coïncidences sans rapport de cause à effet.

Par contre, la dégénérescence maligne dont la fréquence varie avec la variété histologique, constitue un risque non négligeable. Marquée par l'atteinte de l'état général (perte de poids, anémie, asthénie), elle peut ne pas entraîner d'importante modification des images radiologiques. Il importe de ne pas les attendre pour décider de l'intervention chirurgicale.

Certains tableaux associent différemment les troubles décrits et comme Hillemand y a insisté, l'on pourrait multiplier les formes cliniques. Il faut cependant individualiser les formes dominées par une symptomatologie pelvienne, posant le diagnostic de kyste de l'ovaire.

On a beaucoup insisté sur les formes associées à un véritable ulcère gastrique et de nombreuses théories pathogéniques ont été échafaudées à partir de cette association. Il semble plutôt s'agir d'une coïncidence, mais ces formes revêtent un double intérêt sur le plan du diagnostic et radiologique, car l'image évidente de l'un peut faire méconnaître l'autre, et sur le plan chirurgical, le chirurgien doit rechercher systématiquement un ulcère associé.

La symptomatologie du lipome ne se distingue que difficilement de celle des autres tumeurs bénignes.

En conclusion, la plus fréquente des manifestations susceptible d'attirer l'attention est sûrement la survenue d'hémorragies digestives.

Bien souvent, il ne s'agit que de petits troubles dyspeptiques. Les formes aiguës simulant une sténose du pylore et correspondant à l'invagination de la tumeur, sont assez rares.

Ailleurs, c'est une anémie hypochrome plus évocatrice d'un cancer digestif.

Exceptionnellement, la tumeur est palpable dans la région épigastrique.

Quant aux formes latentes, elles sont certainement très fréquentes.

Si bien que la clinique ne prend de valeur que dans la mesure où elle incite à un examen radiologique sans lequel le diagnostic de tumeur bénigne de l'estomac reste du domaine des hypothèses.

CHAPITRE VIII

ÉTUDE RADIOLOGIQUE

L'examen radiologique est capital. Le diagnostic radiologique de tumeur bénigne de l'estomac est actuellement posé dans la majorité des cas. Par contre, le diagnostic de nature est moins bien établi. Si certaines images sont classiques de telle ou telle tumeur bénigne, certains aspects réalisés peuvent appartenir à une tumeur bénigne sans que l'on puisse préciser, voire exceptionnellement à certaines tumeurs malignes.

C'est dire que toutes les précautions techniques ont ici un énorme intérêt : prise de clichés en série, suivie sous écran, avec l'aide de compression ou d'insufflation, pratique d'examens en couches minces sous incidences variables. L'utilisation de la morphine permet de préciser l'intégrité gastrique avoisinante. Enfin, la pariétographie gazeuse de PORCHER, la radiocinématographie, les tomographies sont de plus en plus précieuses.

Malgré tout, sans négliger la valeur de ces perfectionnements, l'essentiel reste :

1° Dans un bon cliché d'abdomen sans préparation qui peut montrer une opacité régulière, de forme et de tonalité s'inscrivant dans la poche à air gastrique, ou la présence de tâches calcaires.

2° Dans l'utilité de la radioscopie en collaboration avec un radiologiste, si possible avec amplificateur de brillance.

3° Dans la grande efficacité de clichés en couche mince, surtout au cours des radiographies d'urgence pour hémorragie digestive.

Les caractères communs à toutes les tumeurs bénignes gastriques, qui évoquent le diagnostic, sont :

— Une image de soustraction : la lacune ;

— La conservation de la souplesse pariétale ;

— La persistance des plis gastriques normaux.

a) La lacune unique ou multiple, aux contours parfaitement nets, arrondie ou polycyclique, mobilisable sous écran, parfois déformée d'un cliché à l'autre.

L'image caractéristique est celle d'une petite tache arrondie, lacunaire comme taillée à l'emporte-pièce. Elle siège presque toujours sur une face gastrique respectant les courbures.

b) La paroi avoisinante reste souple et sa jonction avec l'image tumorale se fait suivant un angle net. On peut constater sous écran que l'onde péristaltique n'est pas arrêtée par la masse.

c) Les plis de la muqueuse sont respectés. Tout au plus peuvent-ils être déviés, refoulés ou effacés quand la tumeur est volumineuse. La palpation de la tumeur sous écran serait indolore (Gugmann).

Certains caractères tiennent au siège de la tumeur.

Une volumineuse tumeur médio-gastrique se traduit par une énorme lacune centrale régulière, arrondie, de chaque côté de laquelle glisse le produit de contraste.

Mais les petites tumeurs peuvent disparaître sur les clichés en réplétion et n'être apparentes que sur des vues en compression ou en couches minces.

Une lacune d'un bord pose souvent un diagnostic difficile : toute une partie de l'estomac semble manquer si la tumeur est volumineuse et, si elle est de faible volume, l'image est très analogue à celle d'un cancer, pouvant ressembler à celle d'un épithélioma (Abel, Perrotin) ou à celle de certains sarcomes (Cardille).

La lacune a cependant toujours des contours réguliers et nets, et cela doit suffire à évoquer sa bénignité ; de plus, par une pression sur la paroi gastrique opposée, une image des plis de la muqueuse peut être obtenue et le contour réel de l'estomac apparaît alors en dehors de la lacune, sous forme d'un trait fin complétant la lacune fermée de la tumeur bénigne, par opposition à la lacune ouverte du cancer.

Les tumeurs polaires supérieures sont, comme à l'accoutumée, difficiles à mettre en évidence. Elles apparaissent sous la forme d'une opacité développée dans la poche à air gastrique, mieux visible en décubitus, en couches minces, après insufflation.

Les tumeurs juxtapyloriques sont souvent assez remarquables par le contraste qu'offre le siège de la masse et la persistance d'un bon

passage pylorique. Elles peuvent donner un aspect très curieux si la tumeur est accouchée dans le duodénum : c'est alors une lacune claire centrale dans le bulbe vers laquelle convergent les plis gastriques axiaux de part et d'autre du pédicule de la tumeur, que traduit une image lacunaire rectiligne. La région pré-pylorique paraît tassée avec des plis transverses parallèles, perpendiculaires à l'axe du conduit.

Les tumeurs multiples se révèlent par la présence de plusieurs lacunes, d'emblée évocatrices de bénignité, donnant une image en bulle de savon ou en cible trouée, souvent localisées dans la région antrale, mais parfois disséminées dans tout l'estomac. Lorsqu'elles confluent, l'aspect devient marécageux, pseudo-cancéreux et ne se détachent sur la paroi, grâce aux pédicules tumoraux, que sur les clichés en insufflation.

Enfin, certains aspects radiologiques sont suffisamment évocateurs pour permettre d'avancer avec prudence une hypothèse sur la nature histologique de la tumeur.

Les tumeurs ulcérées sont fréquentes et très évocatrices de schwannomes et plus rarement de lipomes. Si, en effet, la masse est d'abord homogène, rapidement elle s'ulcère, c'est alors une dépression siégeant à l'endroit le plus saillant de la tumeur, donnant de face une image en cocarde au centre noir, cerné de blanc ; de profil, une niche au milieu d'une lacune.

Sous écran, il est parfois possible d'objectiver le signe de Braun-behrens : niche mobile qui vient traduire les mouvements de la masse ulcérée à l'intérieur de l'estomac.

Quand une véritable cavité s'est creusée dans la tumeur, un peudo-diverticule se forme ; il peut retenir de la baryte l'évacuation du reste de l'estomac.

Les tumeurs exogastriques volumineuses donnent des images de déplacement des organes voisins ou des images de compression des courbures gastriques, ou encore de déformation des courbures gastriques en rapport avec la traction exercée par le pédicule d'une tumeur volumineuse.

Les tumeurs en sablier peuvent donner, sur de bons clichés, une image lacunaire et homogène endogastrique, et en continuité directe une opacité exogastrique de tonalité également homogène.

Occasionnellement, la bénignité de la tumeur gastrique pourra faire sa preuve quasi formelle par des examens radiographiques à distance montrant la persistance de l'image et l'absence d'augmentation de volume (Renander, Bentel).

En faveur du lipome, on peut donc retenir :

— une mobilité de la lacune tumorale par rapport au profil gastrique, en l'absence de pédicule bien difficile à affirmer (Culver) ;

— une ombre sur l'estomac non préparé (Skorneck), plutôt que la visibilité spontanée de toute la tumeur qui doit exister en dehors du lipome. Pour Lapeyre et Carabalona, un liseré bordant dû au contraste de densité entre la capsule conjonctive et le tissu lipomateux moins opaque.

Mais il n'est pas possible d'aller plus loin dans le diagnostic et, malgré tous les perfectionnement de la radiologie, celle-ci reste « un jeu d'ombres chinoises » (Porcher), et ne peut préciser la nature anatomique de la tumeur en dehors d'une estimation de fréquence clinique et de probabilité.

CHAPITRE IX

GASTROSCOPIE ET BIOPSIE

La gastroscopie, dont MOUTIER, SCHINDLER, Ch. DEBRAY ont montré l'intérêt, peut être utile dans les cas où l'image radiographique est douteuse ou d'interprétation difficile.

Elle a des limites : la grosse tubérosité est difficilement explorable et la région antrale où les tumeurs bénignes sont fréquentes est aperçue « en fuite », mais elle permet des investigations complémentaires comme la photographie et la biopsie.

Néanmoins, de précieux enseignements peuvent être tirés de cette investigation qui permet de voir la tumeur, les caractères réguliers de l'image endogastrique, l'intégrité habituelle de la muqueuse donnant parfois le signe de Schindler : tension du pli muqueux qui passe en pont au-dessus du sommet de la tumeur.

L'endoscopie va encore, si les tumeurs sont multiples mais localisées à l'antre, vérifier l'intégrité du reste de la muqueuse ou découvrir d'autres lésions : ulcère ou même cancer.

Il arrive aussi qu'elle révèle la présence d'une tumeur bénigne que la radiologie n'avait pas décelée.

Il est possible, dans certains cas, de faire un pas de plus vers la précision histologique.

Les polypes présentent soit un pédicule lisse, la muqueuse qui les recouvre est de même coloration que la muqueuse voisine, soit une tumeur sessile, inégale, nodulaire, la muqueuse est parcourue de stries blanchâtres plus pâles que la muqueuse normale et ayant tendance à saigner.

Les schwannomes peuvent également avoir plusieurs aspects selon qu'ils sont ou non ulcérés : tumeurs sans pertuis ou pertuis sans tumeur si la lésion est étalée ou noyée par l'inflammation péri-tumorale, et on peut alors confondre l'orifice avec celui d'un diverticule ;

ou bien encore, la tumeur visible possède un pertuis ou une ulcération et prend l'aspect d'un col utérin.

Les angiomes permettent un diagnostic relativement facile lorsqu'on a la chance, comme CHEVALIER et MOUTIER, de voir une tumeur de couleur bleu ou rouge sombre.

Les lipomes habituellement de petite taille, mais pouvant atteindre la taille d'une orange, sont soit sessiles, soit pédiculés. Leur surface est lisse ou lobulée. La muqueuse les recouvrant est souvent remaniée, atrophique ou ulcérée.

La gastro-biopsie n'offre pas grande valeur car elle explore la muqueuse alors que la dégénérescence frappe la base d'implantation.

Les gastro-photographies peuvent présenter un certain intérêt pour des confrontations avec les documents radiographiques.

Quoi qu'il en soit, la gastroscopie ne permet que rarement d'affirmer la bénignité des tumeurs, et qu'exceptionnellement de présumer de leur nature histologique exacte, elle ne prend un certain intérêt que par le complément d'information qu'elle apporte à la clinique et à la radiologie.

Les autres examens de routine : tubage, chimisme gastrique, cytologie, recherche de sang dans les selles, sont sans intérêt particulier.

CHAPITRE X

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

La latence habituelle des tumeurs bénignes fait que leur découverte n'a lieu qu'au décours d'une longue évolution pratiquement silencieuse, à l'occasion d'une complication.

Parfois, la tumeur n'entraîne d'autres troubles que ceux dus à la compression des organes voisins.

• L'ULCÉRATION siégeant sur la tumeur ou à son voisinage rend compte de la symptomatologie pseudo-ulcéreuse parfois observée et de la niche radiologique. Sa pathogénie en est discutée : coexistence, nécrose partielle de la tumeur ou ulcération trophique de la muqueuse distendue et ischémiée, ou action peptique.

• LES HÉMORRAGIES sont fréquentes et un mélæna ou une hématémèse importante peuvent entraîner une anémie grave et poser un problème étiologique. On sait l'intérêt de l'examen radiologique d'urgence pour le résoudre.

Il peut s'agir, selon les cas, de l'ulcération d'un gros vaisseau ou du saignement en nappe d'érosions à la surface de la tumeur. Une tumeur exogastrique peut saigner dans la grande cavité péritonéale (LECÈNE).

• UNE OBSTRUCTION PYLORIQUE peut se faire de façon aiguë avec des douleurs intenses, des vomissements répétés, en rapport avec l'incarcération irréductible de la tumeur gastrique dans le bulbe, ou au contraire sur le mode chronique.

• LA DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE est la question dominant tous les problèmes des tumeurs bénignes de l'estomac. Elle dépend de la nature histologique de la tumeur bénigne.

Les polypes sont considérés par certains comme des tumeurs précancéreuses. La fréquence de dégénérescence est diversement appréciée : 12 % sur 206 cas pour HUPPLER ; 27 % sur 11 cas pour DELANNOY. Quoi qu'il en soit, il faut redouter la dégénérescence devant une ulcération bourgeonnante et saignante, une infiltration et un manque de souplesse du pédicule ou l'existence de ganglions le long des courbures, bien qu'ils puissent être de nature inflammatoire banale (5 fois sur 7 cas de DELANNOY).

Le polyadénome en nappe qui, pour les auteurs français, n'est qu'un aspect différent de l'adénome, dégénère plus fréquemment que ce dernier.

Le schwannome, la plus fréquente des tumeurs bénignes de l'estomac, rencontré entre quarante et soixante ans, dont la dégénérescence est estimée de 10 à 30 % des cas selon les auteurs.

La dégénérescence du léiomyome est assez rare.

Les tumeurs « frontières » : tumeurs du tissu réticulo-endothélial, paragangliomes, lemno-schwanno-blastomes, tumeurs villeuses, incitent à une particulière circonspection. Pour de nombreux auteurs, elles s'avèreraient malignes dans la moitié des cas.

Aucun cas de dégénérescence de lipome n'a été décrit (BRETTE, PASQUIER).

CHAPITRE XI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de tumeur bénigne de l'estomac est particulièrement difficile, d'autant que l'argument de fréquence plaide en faveur de l'ulcère ou du cancer dont la symptomatologie clinique et radiologique a plus d'un point commun avec celles des tumeurs bénignes.

Les radiographies doivent éliminer les tumeurs juxta-gastriques avec le secours de la pariétographie et de la pneumostratigraphie.

L'élimination d'un cancer gastrique qui est la crainte majeure, sera finalement faite à l'intervention qui est le corollaire à tout diagnostic de tumeur bénigne de l'estomac.

On éliminera plus ou moins facilement :

— Les corps étrangers et les bézoards (phyto ou trichobézoards) qui donnent des images radiologiques caractéristiques.

— La gastrite hypertrophique géante de Ménétrier ressemble plus au cancer et au polyadénome qu'à une tumeur bénigne. L'endoscopie et la biopsie lèveront tous les doutes.

— Les varices, généralement localisées à la région fundique, peuvent être écartées du fait de leur association habituelle aux varices œsophagiennes, à une hypertension portale, mises en évidence par spléno-portographie.

— Par contre, certains sarcomes gastriques se présentent sous une forme nodulaire circonscrite et donnent des images de tumeurs bénignes. Seule l'évolution et la transformation rapide des images sont en faveur de la malignité.

— Les granulomes inflammatoires et le granulome éosinophile donnent des images de tumeur bénigne et sont d'un diagnostic difficile. Le premier résulte le plus souvent de l'inclusion d'un corps étranger dans la paroi gastrique. Le second s'accompagne d'éosinophilie sanguine et de manifestations allergiques qui peuvent mettre

sur la voie. Mais ils ne sont finalement reconnus que lors de l'examen histologique de la pièce opératoire.

— Enfin, la réticulopathie bénigne ou maligne dont la fréquence s'accroît avec une connaissance meilleure, doit être envisagée. La recherche d'autres localisations s'impose.

Un argument clinique garde toute sa valeur : c'est l'ancienneté des troubles. JORNS rapporte un cas ayant évolué dix-huit ans. MORICEAU-BEAUCHANT et CULVEZ citent un cas ayant évolué vingt ans.

Mais la quasi-immuabilité de l'image radiologique est un test évolutif que l'on ne saurait attendre.

Selon divers auteurs, la suspicion de lipome pourrait être faite sur plusieurs arguments, notés du fait de leur fréquence :

— Obésité du malade (AHLQUIST, ALBRECHT, BATTAGLIA, FALLA ALVAREZ MAZZARELLA, MIQUEO NARANCIO, NIELSEN, PEABODY, LAPEYRE et CARABALONA).

— Présence de lipomes superficiels (ALBRECHT et BATTAGLIA).

— Sous écran, mobilité de la tumeur indépendante de celle de l'estomac (CULVEZ).

— Visibilité spontanée de la tumeur (SKORNECK) ou simplement d'un liseré bordant (LAPEYRE).

Malgré tout, il n'a pas été retrouvé dans la littérature un seul diagnostic pré-opératoire de lipome porté avec certitude.

Tout ceci, bien qu'un peu décevant, ne doit pas modifier l'attitude thérapeutique qui est toujours chirurgicale.

CHAPITRE XII

TRAITEMENT

Il est essentiellement chirurgical.

Le traitement médical se résume tout au plus à une réanimation pré-opératoire qui ne saurait être longtemps prolongée en cas d'anémie aiguë au-delà du temps nécessaire à un bilan radiographique fait en urgence.

Devant une tumeur dont le caractère lipomateux est certain, l'absence de dégénérescence de ces tumeurs réellement bénignes conduit à une attitude conservatrice dans toute la mesure où la taille, le siège et l'implantation du lipome le permettent.

Par contre, les avis varient considérablement en ce qui concerne les tumeurs bénignes qui présentent une possibilité de dégénérescence maligne. Certains défendent l'excision locale simple, d'autres préconisent la gastrectomie, la possibilité de dégénérescence étant difficile à préciser.

Ainsi, CERKEZ ayant traité 18 cas de polypes gastriques en quinze ans, conclut à la nécessité d'une gastrectomie subtotale non seulement parce que le polype est un état pré-cancéreux avec ses risques de récidives, mais aussi en raison de la gastrite persistante vérifiée par la radiologie et la biologie dans 6 cas d'extirpation simple.

D'un autre côté, EKLÖF, faisant état de 176 polypes adénomateux, tout en admettant que plus est volumineuse la tumeur plus grande est la possibilité de dégénérescence maligne, considère que la récidive est tout aussi fréquente avec la résection gastrique qu'avec l'excision locale après gastrotomie.

A côté de ces attitudes catégoriques, il semble qu'il y ait place à plus de discernement avec MOUCHET et DELANNOY, étant donné que la gastrectomie, bien que bénigne dans ses suites immédiates ou du moins guère plus grave qu'une gastrotomie avec excision de la tumeur,

reste une mutilation importante entraînant des séquelles fâcheuses et même graves dans 10 à 20 % des cas et qu'il importe d'en discuter l'utilité.

Il paraît donc plus raisonnable de tenir compte de plusieurs facteurs susceptibles d'orienter l'attitude chirurgicale :

— Les données cliniques, radiologiques, radiocinématographiques en particulier, peuvent dans certains cas évoquer une dégénérescence.

— Le volume de la tumeur. L'exérèse locale d'une volumineuse tumeur peut être plus délabrante, plus difficile à réparer et comporter plus de risques immédiats et éloignés qu'une gastrectomie correcte.

— Son siège fundique ou antral. Il est bien certain qu'une gastrectomie polaire supérieure ne peut être entreprise que si la tumeur est très suspecte de dégénérescence et si l'état général, respiratoire et circulatoire du malade le permet.

— Son mode de développement : endogastrique, intra-pariétal, exogastrique. Une tumeur pédiculée relevant souvent d'une exérèse locale comportant une collerette de muqueuse ou de paroi gastrique.

— L'unicité ou la multiplicité tumorale. La polypose ou adénomatose multiple, comme le polyadénome en nappe, exigent une gastrectomie totale. Si le malade ne peut supporter une telle intervention, on peut lui préférer dans certains cas une gastrectomie subtotale avec polypectomie ou électro-coagulation des polypes du moignon restant.

— Les caractères macroscopiques de la tumeur : un adénome ulcéré doit être considéré comme très suspect et traité par une résection gastrique. Une tumeur conjonctive (schwannome) habituellement dure et de consistance homogène, devient suspecte si elle présente des zones de ramollissement. Ce peut être de l'œdème, des foyers de nécrose ou des hémorragies interstitielles, mais dans le doute la résection gastrique est préférable.

— La présence ou l'absence de ganglions. Bien que les ganglions puissent être inflammatoires, mieux vaut dans ces cas faire une gastrectomie.

L'examen histologique extemporané serait très utile dans de nombreux cas si on en respecte rigoureusement les règles.

CHAPITRE XIII

CONCLUSION

Un cas de lipome de l'estomac nous a posé un ensemble de problèmes communs aux tumeurs bénignes, tant par sa symptomatologie peu évocatrice qui nous a conduit à un diagnostic général de tumeur bénigne, que par son évolution.

Soulignons à nouveau la rareté des tumeurs bénignes de l'estomac et plus encore des lipomes en comparaison des ulcères et des cancers qui eux aussi se trouvent dans la même tranche d'âge : entre quarante et soixante-dix ans.

Malgré cette rareté, 2 % des hématémèses sont dues à des tumeurs bénignes et peuvent mettre en jeu le pronostic vital. On peut se trouver devant une symptomatologie clinique moins dramatique, plus banale ; ce seront des troubles dyspeptiques vagues, des douleurs pouvant évoquer l'ulcère en raison de sa fréquence, une simple anémie hypochrome.

Quoi qu'il en soit, les tumeurs bénignes ont une symptomatologie clinique d'emprunt et celle-ci à elle seule ne peut donner aucun argument diagnostique.

C'est pourquoi l'examen radiographique prend tant d'importance. Lui seul peut apporter des arguments en faveur d'une tumeur bénigne. D'où la nécessité de savoir demander un transit baryté gastro-duodénal en urgence si besoin est, et plus encore celle d'exiger des clichés excellents en s'aidant d'artifices simples (clichés sans préparation, couches minces, insufflation).

Les techniques radiologiques élaborées qui ne sont pas encore de pratique courante (amplificateur de brillance, radiocinéma) apportent parfois des renseignements précieux, mais ne permettent que rarement d'étayer un diagnostic qui précise la nature histologique de la tumeur découverte.

Il en est de même de la gastroscopie et de la gastrobiopsie dont les résultats sont trop inconstants.

Si bien que, malgré les perfectionnements apportés à ces techniques, il faut savoir se contenter du diagnostic de tumeur vraisemblablement bénigne obtenu à partir des radiographies gastro-duodénales, sans préjuger de sa nature histologique et poser sans attendre l'indication chirurgicale.

Plus encore que ses complications dominées par le risque d'hémorragies, la hantise de la dégénérescence de cette tumeur doit inciter à avoir une certitude quant à sa nature histologique exacte.

Si certaines de ces tumeurs sont effectivement bénignes comme le lipome, ce n'est pas le cas de toutes, d'où l'importance de ce diagnostic de nature qui ne pourra effectivement être porté qu'au cours et même au décours de l'intervention grâce à l'examen microscopique et macroscopique de la tumeur dans son ensemble.

L'acte chirurgical prend donc en plus de sa valeur thérapeutique une valeur diagnostic indispensable.

L'étude histologique ne résout cependant pas toujours le problème. Certaines tumeurs remaniées sont difficiles à distinguer de formes cancéreuses vraies, sans parler des tumeurs dites bénignes possédant en fait un potentiel malin indiscutable (tumeurs villeuses).

Pratiquement, vu les difficultés que rencontre parfois l'histologie, il est difficile d'attendre ses résultats pour prendre une décision peropératoire relative à la technique d'exérèse.

D'autant plus que cette dernière dépend aussi du lieu, du mode d'implantation de la tumeur et de sa taille.

Aucun traitement systématique des tumeurs bénignes ne peut être proposé. Il doit être conservateur. Mais les formes étendues peuvent imposer une gastrectomie subtotale ou même totale dans les cas extrêmes.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Les problèmes diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques soulevés à propos du lipome de l'estomac que nous avons observé, loin d'être exceptionnels, se posent devant toute tumeur bénigne de l'estomac.

Nous avons vu que les principales caractéristiques de ces tumeurs bénignes sont :

— leur rareté en regard des autres affections gastriques : tout particulièrement le lipome qui ne représente que 2 % des tumeurs bénignes ;

— la diversité des tableaux cliniques qu'elles réalisent ;

— l'importance que prend de ce fait la radiologie, sans que celle-ci présume de leur nature histologique ;

— les éléments de gravité qu'elles comportent dans leur évolution : ulcération, hémorragies graves (illustré par notre cas) et surtout dégénérescence possible pour certaines d'entre elles, dont le lipome est excepté ;

— la nécessité d'un traitement chirurgical qui en découle ;

— aucune technique d'exérèse n'est propre, ses modalités en sont fixées par les caractères macroscopiques de la tumeur, en s'efforçant d'avoir une attitude conservatrice.

Vu, le Doyen :
BROUET

Vu, le Président de Thèse :
LEGER

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

Agey (W.L.) et Ponka (J.L.). — Gastric lipoma with hemorrhage and myocardial ischemia simulating myocardial infarction. (*Gastroenterol.*, Baltimore, 1955, *28*, n° 2, 195-299, bibliogr.)

Agostino (N. d'), Pataro (F.) et Malenchini (M.). — Léiomyome de l'estomac. (*Prensa Med. Argent.*, mars 1947, 34, n° 10, 451-454.)

Agishev (A.V.). — Deux cas de lipome gastrique. (*Khirourguia*, Moscou, 1961, n° 8, 116-117.)

Alvarez (F.F.), Lastra (J.S.) et Leon (P.). — Ulcerated gastric lipoma. (*Gastro-Enterol.*, 1948, *11*, 746-751.)

Badner (D.H.) et Caplan (M.). — Gastric lipoma. (*Surg.*, 1952, *31*, 900-914, bibliogr.)

Banzet (P.), Chappelard (P.) et Sananes (P.). — Les lipomes de l'estomac, étude d'un cas et revue générale. (*Ann. Chir.*, 1960, *14*, n° 3-4, 139-143.)

Banzi (C.) et Londei (D.). — Le lipome de l'estomac. (*Arch. Ital. di Chir.*, *84*, n° 6, 455-474, bibliogr.)

Bariéty (M.) et Brouet (G.). — Lipome sous-muqueux de l'estomac. (*Bull. Méd.*, 1937, *51*, 209-211.)

Battaglia (S.). — Su un lipoma sottomucoso dello stomaco. (*Arch. Ital. Anat. Isto. Patolog.*, 1951, *24*, 159-166.)

Belikov (S.I.). — Lipome de l'estomac. (*Khirourguia*, Moscou, 1965, n° 11, 121-122, bibliogr.)

Belozerov (B.M.). — Lipomes multiples de l'estomac. (*Rev. Radiol.*, Moscou. mai 1964, *39*, n° 5, 57.)

Bénaky (N.S.). — Lipome de l'estomac. (*Bull. Mém. Soc. Chir. Paris*, 1905, *31*, 817-818.)

Bizard (G.) et Paris (J.). — Volumineux lipome du duodénum. (*Arch. Mal. App. Dig.*, juin 1953, *42*, n° 6, 870-873.)

Boffano (M.). — Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de l'estomac (lipome gastrique de dimensions gigantesques). (*Minerva Chir.*, septembre 1964, *19*, n° 1, 589-600, bibliogr.)

Brette (R.), Pasquier (J.), Tissot (A.) et Moussalem (R.). — A propos d'un cas de lipome gastrique. (*Arch. Mal. App. Dig.*, avril 1963, *52*, n° 4, 348-351.)

Buyanov (V.M.) et Khomyakov (A.E.). — Lipome de l'estomac (aspect clinique, diagnostic et traitement). (*Klinitchescaïa*, Moscou, 1966, *44*, n° 4, 59-64, bibliogr., résumé anglais.)

Caloggero (A.). — Les lipomes sous-muqueux de l'estomac. (*Policlinico* (Sez. Chir.), 1954, *61*, n° 4, 193-215, bibliogr., résumé français.)

Cassel (M.A.) et Guccione (J.B.). — Lipome gastrique. (*A.M.A. Arch. Surg.*, 1955, *70*, 598.)

Chirelli (G.) et Ciabotti (A.). — Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de l'estomac : un cas rare de lipome sous-muqueux ulcéré. (*Arch. Ital. Mal. App. Dig.*, 1952, *18*, 37-52.)

Chodoff (R.J.) et Leon (A.D. de). — Lipoma of the stomach. (*Surg. Saint-Louis*, 1959, *46*, 841-844.)

Cornett (E.J.). — Lipome de l'estomac avec ulcère. (*Arch. Surg.*, 1957, *75*, n° 2, 293-295, bibliogr.)

Culver (G.J.) et Toffolo (R.R.). — Critère du diagnostic radiologique du lipome gastrique sous-muqueux. (*Radiology*, février 1964, *82*, n° 2, 254-157, bibliogr.)

Daza et Zuniga. — Lipoma submucoso del antro herniado al duodeno. (*Rev. Med. de Chile*, 1942, *70*, 799-800.)

Done (K.J.). — Lipome de l'estomac. (*Brit. Med. J.*, janvier 1961, n° 5.220, 183, bibliogr.)

Donnelly (G.) et Gottlieb (E.). — Un cas de lipoïdose de l'estomac. (*Gastro-enterology*, 1949, *12*, n° 6, 982-987, bibliogr.)

Fawcett (N.W.), Bolton (V.L.) et Geever (E.F.). — Lipomes multiples de l'estomac et du duodénum. (*Ann. of Surg.*, 1949, *129*, 524-527.)

Fiddian (R.V.) et Parrish (J.A.). — Lipome gast. (*Brit. J. Surg.*, 1960, *48*, n° 207, 98-101, bibliogr.)

Fischer (R.). — Polyposis ventriculdi und bluteiweiss. (*Deut. Med. Wsch.*, 1959, *50*, 2254.)

Gagushin (V.A.) et Koldenkov (V.S.). — Un cas de lipome de l'estomac. (*Rev. Radiol.*, Moscou, mai 1964, *39*, n° 5, 56.)

Garre (E.S.), Garelick (S.) et Ciarlo (R.A.). — Lipoma gastrico. (*Bolet. y Trab. Soc. Cir. Buenos-Aires*, 1937, *21*, 707-714.)

Glass (J.). — Tumeur bénigne (fibrolipome) de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1935, *25*, 706-711.)

Gonzalez (G.D.), Rosellia et Paulino (F.). — Lipome du pylore avec obstruction partielle. (*Hospital*, 1965, *67*, n° 5, 915-919, bibliogr.)

Gourrand. — Observation sur un stéatome de l'estomac. (*J. de Méd. Chir. Pharm.*, 1790, *85*, 366-370.)

Grimoud (M.), Gédéon (A.), Malecaze (A.) et Cuevas (E.). — Deux observations de lipomes gastro-duodénaux. (*Arch. Mal. App. Dig.*, mai 1961, *50*, n° 5, 495-498.)

Hagège (A.), Koskas (R.) et Fourati (A.). — Un cas de lipome de l'estomac. (*Tunisie Méd.*, 1958, *36*, n° 4, 183-185.)

Hobbs (W.H.) et Cohen (S.E.). — Invagination gastroduodénale d'un lipome de l'estomac. (*Amer. J. Surg.*, 1946, *71*, 505-518.)

Hueber (F.). — Tableau radiologique dans un cas de lipome gastrique. (*Annali Radio. Diag.*, 1952-1953, *25*, n° 3.)

Jorns (G.). — Zur kenntnis der magenlipome. (*Der Chir.*, 1939, *11*, 840-841.)

Kantorvitch (B.Y.). — Lipome gastrique. (*Westnik Khir.*, 1936, *44*, 90-95.)

Kirschbaum (J.D.). — Submucous lipomas of the intestinal tract, as a case of intestinal obstruction. (*Amer. J. Surg.*, 1935, *101*, 734-739.)

Klein (N.). — A prolapsed lipoma in the duodenal bulb. (*Brit. J. Radiol.*, 1950, *23*, 233-235.)

Lapeyre (N.C.) et Carabalona (P.). — Volumineux lipome sous-muqueux de l'estomac. (*Soc. Chir. Montpellier*, 25 juin 1954.)

Lapeyre (N.C.) et Carabalona (P.). — Les lipomes de l'estomac. (*J. Chir.*, juin-juillet 1955, *71*, n° 6-7, 492-504.)

Lebacq (E.). — Lipome de l'estomac (confrontation radio-anatomo-clinique de l'Hôpital de Vaugirard). (*La Presse Méd.*, 20 juin 1959, n° 30, 1.)

Leroy (A.). — Lipome de l'estomac. (*Bull. Mém. Soc. Chir. Paris*, 1945, *35*, 154-157.)

Linoli (O.). — Reperti non comuni di oncologia gastro-duodenale : i lipomi. (*Arch. Ital. Mal. App. Dig.*, 1950, *16*, 85-118.)

Magne (J.), Francannet (M.) et Channal (R.). — A propos d'un cas de lipome gastrique. (*Lyon Chir.*, mars 1961, *57*, n° 2, 292-294.)

Mangel (K.L.). — Zur kenntnis der magenlipome. (*Zbl. Chir.*, 1950, *75*, 1708-1711.)

Mannel (A.). — Lipom des magens. (*Der Chir.*, 1949, *20*, n° 3, 142-143.)

Maur (M.), Rodriguez (P.O.), Sabagh (R.) et Richieri (A.). — Fibrolipome de l'estomac. (*Prensa Med. Argent.*, octobre 1962, *49*, n° 43, 2224-2227, bibliogr.)

Mazzarella (O.). — I lipomi sottomucosi dello stomaco e dell'intestino. (*Oncologia*, 1948, *22*, 2, 8-299.)

Melchior (E.). — Magenlipom und ulcus pepticum. (*Zbl. Chir.*, 1934, *61*, 1701-1702.)

Métivet (G.). — Volumineux lipome gastrique. (*Bull. Mém. Acad. Chir. Paris*, 1937, *63*, 676-677.)

Miqueo Narancio (M.) et Medoc (J.). — Lipome sous-muqueux de l'estomac. (*Arch. Urug. Med. Cir.*, 1952, *40*, 544-599.)

Moussalem (R.). — Lipomes gastriques (à propos de 68 cas). (*Thèse*, Lyon, Rey édit., 1962, bibliogr.)

Nahmmacher (H.). — Ein fall eines magenlipoms. (*Zbl. Chir.*, 1924, *31*, 1683-1685.)

Neumann (B.). — Lipom des magens. (*Zbl. Chir.*, 1930, *57*, 1154-1156.)

Nielsen (A.M.), Barth (E.E.) et Maddock (W.G.). — Submucous lipoma of the stomach. Report of a case. (*Quart. Bull. Northwestern Univers. Med. School*, 1949, *23*, 72-74.)

Orlik (W.A.), Panov (N.I.) et Fraifeld (E.L.). — Clinique et angio-architectomie d'un lipome gastrique. (*Khirourguia*, Moscou, 1958, n° 12, 97.)

Paaby (H.). — Benign tumours of the stomach : a case of lipomsubmucosa ventriculo simulating cancer of the stomach. (*Acta Chir. Scand.*, 1949, *97*, 381-388.)

Pages (A.) et Bouvier (R.). — Un cas de lipome gastrique. (*J. Méd. Bordeaux*, 1965, *142*, n° 9, 1560.)

Palazzo (W.L.). — Lipomas of the gastro-intestinal tract. (*Amer. J. Roentgenol.*, 1946, *62*, 823-830.)

Pasquali (E.). — Il lipoma dello stomaco. (*Acta Chir. Patavina*, 1949, *5*, 411-419.)

Peabody (J.W.) et Ziskind (J.). — Lipomatosis of the stomach. (*Amer. J. Surg.*, 1953, *138*, 784-790, bibliogr.)

Phelan (W.J.) et Rowan (D.E.). — Lipoma of the stomach. (*Amer. J. Surg.*, 1950, *79*, 469-472, bibliogr.)

Poinso (R.), Monges (H.), Payan (H.) et Monges (A.). — Un cas de lipome gastrique. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1950, *39*, 1176-1179.)

Poinso (R.), Carcassonne (F.), Monges (H.), Perrimond, Payan (H.) et Monges (A.). — Lipomes gastriques, présentation de clichés et de pièces. (*Comité Méd. Bouches-du-Rhône*, 17 février 1950.)

Ramos (E.A.), Einsel (I.H.), Tweeddale (D.N.) et Thompson (R.H.). — Lipome gastrique. (*Amer. J. Dig. Dis.*, 1958, *3*, 232-241, bibliogr.)

Randisi (F.). — Un caso rarissimo di lipoma sottomucoso dell'antro pilorico simulante un cancero stenosante. (*Tumori*, 1912, *2*, 242-248.)

Rogers et Adams (E.K.). — Gastrici lipoma. (*Radiology*, 1956, *67*, n° 1, 84-86.)

Rognon (L.M.) et Vauclin (P.). — Invagination gastro-duodénale d'un lipome de l'estomac. (*P. Méd.*, Paris, 1959, *67*, n° 51, 6.)

Rooney (J.A.) et Guzauskas (A.C.). — Lipome sous-muqueux de l'estomac. (*Am. J. Surg.*, 1965, *110*, n° 6, 967-969.)

Rumold (M.J.). — Submucous lipomas of the stomach. (*Surg.*, 1941, *10*, 242-249.)

Russdorf (F. von). — Berichte aus deutschen kliniken und krankenhaüsern lipom des magens ; morbus brightii senilis. (*Deutsche Klin.*, 1867, *19*, 115-117.)

Ruyters (L.). — Hémorragie digestive par lipome de l'estomac. (*Rev. Méd. Liège*, 1955, *10*, n° 22, 661-666.)

Sallet (J.), Dubost et Maurat (J.P.). — Lipome gastrique invaginé dans le duodénum. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1955, *44*, n° 7-8, 914-921.)

Santy (P.). — Lipome du pylore. (*Lyon Chir.*, 1934, *31*, 126-130.)

Schinz (H.R.). — Lipofibromixom des magens. (*Röntgenpraxis*, 1935, 849.)

Scott (O.B.) et Brunschwig (A.). — Submucosal lipomas of the stomach. A review of the litterature and report of case associated with carcinoma. (*Arch. Surg.*, 1946, *52*, 253-259, bibliogr.)

Sérafino (X.), Perrelon (L.), Richir (C.) et Cave (L.). — Faux cancer gastrique par lipomatose interstitielle antro-pylorique. (*Bull. Soc. Méd. Afrique Noire*, 1963, *8*, n° 2, 244-248.)

Seyss (R.). — Un cas de lipome gastrique. (*Gastroenterologia*, 1958, *90*, n° 6, 353-357, bibliogr., résumé franç.)

Skorneck (A.B.). — Gastric lipoma. (*Arch. Int. Med.*, 1952, *89*, 615-620.)

Sladkovich (V.S.) et Marienberg (V.A.). — Lipomes gastriques. (*Westnik Roentgenol.*, Moscou, 1962, *37*, n° 3, 66-67.)

Smerieri (L.). — Le lipome de l'estomac. (*Arch. Ital. Mal. App. Dig.*, 1957, *23*, n° 6, 461-473.)

Spiztmuller (W.). — Ein fall von magenlipom. (*Wien. Med. Woch.*, 1926, *39*, 538-540.)

Stampinato (V.). — Sui lipomi dello stomaco. (*Boll. Soc. Med. Chir.*, Modena, 1947, *47*, 29-36.)

Troisier (J.), Bariéty (M.) et Brouet (G.). — Lipomes sous-muqueux de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1936, *26*, n° 7, 787-808.)

Turkington (R.W.J. .. *Lipome* gastrique. (*Am. J. Dig. Dis.*, 1965, *10*, n° 8, 719-726, bibliogr.)

Ulrich. — Magensteatom. (*Woch. Ges. Heilk.*, Berlin, 1839, *7*, 525-526.)

Underwood (H.B.). — A case of multiple gastric lipoma with a review of all cases previously reported in the litterature. (*Staff. Bull. Easton Hosp.*, 1948, *1*, 20-24.)

Verger (H.) et Massias (Ch.). — Lipome sous-muqueux de l'estomac. (*J. Med. Bordeaux*, 1922, 93-94, 236.)

Verne (J.), Troisier (J.), Bariéty (M.) et Brouet (G.). — Lipome sous-muqueux de l'estomac. (*Ann. Anat. Path.*, 1935, *12*, 475-476.)

Voilquin (J.P.). — Lipome de l'estomac. (*Thèse*, Paris, 1955, n° 925, 85 p.)

Warren (K.W.) et Brandenburg (F.H.). — Lipomas of the gastrointestinal tract. (*Surg. Clin. North Amer.*, 1951, *31*, 743-752.)

Weicker (B.). — Ueber ein lipom des magens. (*Zbl. Chir.*, 1928, *55*, 20-22.)

White (R.B.) et Judd (E.S.). — Lipoma of the stomach. Report of a case. (*Amer. Surg.*, 1929, *6*, 662-666.)

Yoon (I.L.) et Luddecke (H.F.). — Lipome gastrique. (*Amer. J. Surg.*, 1958, *96*, 453-457, bibliogr.)

* *

Abrams (H.L.). — Leiomyoma of the stomach. (*Amer. J. Roentgenol.*, 1954, *72*, 1023-1033.)

Abrams (J.S.) et Hubay (C.A.). — The surgical management of smooth muscle tumors of the gastro-intestinal tract. (*Arch. of Surg.*, décembre 1960, *81*, n° 6, 971-982.)

Albanese (A.R.), Vauarino (B.) et Ferraris (A.E.). — Leiomyoma del estomago. (*Prensa Med. Argent.*, février 1959, *46*, n° 9, 512-517.)

Albot (G.), Leger et Tricard. — Formations polypoïdes à sommet ombilique de la muqueuse gastrique simulant le polyadénome. (*Presse Méd.*, 1947, n° 17, 190-191.)

Albot (G.), Berthet (G.) et Cousin (R.). — Les polyadénomes en nappe de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1953, *42*, n° 11, 1181-1201, bibliogr.)

Albot (G.), Parturier-Albot (Mme), Nézélof (Ch.) et Prévost (A.G.). — Tumeur bénigne hétérotypique de la paroi gastrique. (*Acta Gastro-Enterol. Belg.*, décembre 1954, *17*, n° 12, 840-871, bibliogr.)

Albot (G.), Berthet (G.), Lemaire (M.) et Girard (G.). — Schwannome gastrique ulcéré avec des aspects radiologiques polymorphes. (*Presse Méd.*, mai 1954, *62*, n° 38, 819-820.)

Allaines (F. d'), Lambling (A.) et Debusschère (F.N.). — Tumeur bénigne du canal pyloro-duodénal. (*Arch. Mal. App. Dig.*, mai 1945, *34*, 156-157.)

Allan (W.S.A.) et Miller (R.W.S.). — Tumeurs glomiques de l'estomac. (*Brit. J. Surg.*, septembre 1960, *18*, n° 208, 145-148.)

Allen (R.A.) et Dahlin (D.C.). — Tumeurs glomiques de l'estomac. (*Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic*, août 1954, n° 29, 429-436.)

Altshuler (Yu.B.). — Un cas de léiomyome de l'estomac. (*Rev. Radiol.*, Moscou, mai 1964, *39*, n° 5, 55.)

Andrieux (J.). — Le granulome éosinophile de l'estomac. (*Thèse*, Paris, 1963, n° 690, 61.)

Antoniazzi (R.). — Neurinomes gastriques. (*Ann. Radiol. Diag.*, 1957, *30*, n° 1, 50-61.)

Antonie (Ti.). — Myoma of the stomach. (*Austr. N. Zealand J. Surg.*, 1953, *22*, 286.)

— Les myomes gastriques. (*J. de Chir.*, 1954, *5*.)

Appleby (L.H.). — The outlook for patients with leiomyomas of the stomach. (*J. Int. Coll. Surg.*, 1950, *14*, n° 5, 512-516.)

Arnal (P.) et Romero (H.). — Un nouveau cas de léiomyome de l'estomac. (*Rev. Clin. Espan.*, mars 1964, *92*, n° 5, 357-361, bibliogr.)

Arzua Zulaica (E.), Caballero (L.F.) et Icaza (J.L.O.). — Neurinomes de l'estomac. (*Rev. Clin. Espan.*, février 1961, *80*, n° 4, 229-236, bibliogr.)

Assouad (M.), Tuchmann (L.) et Oppermann (A.). — Une tumeur très rare de l'estomac : kyste organoïde dysgénétique. (*Lyon Chir.*, novembre 1960.)

— A propos de 11 cas de tumeurs bénignes de l'estomac. (*Ann. de Chir.*, août 1963, *15*, n° 15-16, 1041-1057, bibliogr.)

Astori. — Sur un cas de neurinome de l'estomac. (*J. de Chir.*, 1956, *2.*)

Auguste (C.), Ribet (M.), Gérard (A.) et Demaille (A.). — Développement d'un cancer du pancréas un an après exérèse d'un adénome brünnerien de l'antre. (*Arch. Mal. App. Dig.*, décembre 1962, *51*, n° 12, 1594-1597.)

Aumont et Rouzaud. — Léiomyomes multiples de l'estomac. Gastrectomie segmentaire haute. (*Mém. Acad. Chir.*, décembre 1952, *78*, n° 33-34, 942-946.)

Auriol (M.) et Bejat (G.). — A propos d'un cas de tumeur glomique présentant des critères histologiques de malignité. (*Ass. F. Et. Cancer*, 1957, *44*, 466-472.)

Ayache. — Tumeurs bénignes de l'estomac. (*Thèse*, Paris, 1950.)

Bacher (K.R.). — Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives de l'intestin grêle et de l'estomac. (*Zentralblatt für Chir.*, 1954, *79*, n° 34, 1436-1445.)

Baker (H.L.) et Good (C.A.). — Smooth muscle tumors of the alimentary tract. Their roentgen manifestation. (*Amer. J. Roentgenol.*, août 1955, *74*, n° 2, 246-255.)

Barbosa. — Duplication of stomach. (*J.A.M.A.*, 1952, n° 149, 1552.)

Baumel (J.). — Tumeur villeuse gastrique non dégénérée. (*Arch. Mal. App. Dig.*, décembre 1960. *49*, n° 12, 1711-1715.)

Bazhenova (A.P.) et Kanilov (K.). — Léiomyome de l'estomac. (*Khirourguia*, Moscou, février 1964, n° 2, 152-158, bibliogr.)

Benyo. — Hémangiome gastrique. (*Zbl. Chir.*, juillet 1962, *87*, n° 29, 1254-1257, bibliogr.)

Berger (L.), Shenov (Y.M.V.). — Xanthofibrome de l'estomac. (*New York State J. Med.*, juin 1962, *62*, n° 12, 2032-2035.)

Berinde (I.). — Consideratiuni a supra tumoritor benigne gastrice. (*Timisoara Med.*, 1957, *2*, 171.)

Bert (J.M.), Fassio (E.), Davouze (R.), Garrigues (J.M.) et Pinto (J.). — Considérations à propos de trois néoformations antrales d'apparence bénigne. (*Arch. Mal. App. Dig.*, avril 1964, *53*, n° 4, 454-455.)

Bertin (J.). — Hémorragies par tumeur bénigne gastro-duodénale et hernie diaphragmatique. (*Maroc Méd.*, octobre 1964, *43*, n° 473, 836-837.)

Bèzes (H.), Quénum (Cy.), Gondote (E.) et Diop (A.). — Volumineux schwannome gastrique. (*Presse Méd.*, septembre 1961, *69*, n° 39, 1685-1686.)

Biesold. — Sténose pylorique par kyste gastrique. (*Zbl. Chir.*, 1959, 310.)

Bizard (G.), Soots (G.) et Bonte (G.). — Fibromes de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Dig.*, novembre 1955, *44*, n° 11, 1191-1194.)

Bogsh (A.) et Beszwiak. — Le radio-diagnostic d'une forme particulière d'adénome gastrique : le polyadénome en nappe. (*Radio. Clin.*, Bâle, 1959, *28*, 69-73.)

Boiffin, Breger (P.R.) et Nicaud (P.). — Tumeur bénigne de l'estomac invaginée dans le duodénum. (*Arch. Mal. App. Dig.*, avril 1962, *51*, n° 4, 379-383.)

Bonzanini (C.) et Bertoli (A.S.). — A propos de quelques tumeurs bénignes de l'estomac. (*Arch. Ital. Chir.*, 1962, *88*, n° 3, 284-310, bibliogr.)

Boquien (Y.), Robin (J.) et Lenne (C.). — Anémies secondaires d'origine gastrique (schwannome gastrique). (*Presse Méd.*, avril 1961, *69*, n° 17, 34.)

Boquien (Y.), Kerneis (J.P.), Delumeau (G.) et Lenne (Mme). — Les réticulohistiocytomes dits bénins de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Dig.*, novembre 1962, *51*, n° 11, 1358-1370.)

Bowden (L.). — Adénocarcinome sur un petit polype gastrique. Rapport d'un cas. (*Cancer*, mai-juin 1962, *15*, n° 3, 468-471.)

Bradberer (J.W.). — Kyste solitaire de l'estomac. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, février 1961, *54*, n° 2, 158-159.)

Buchet (R.), Belkaid (A.) et Valeri (G.). — Tumeur bénigne vasculaire de l'estomac. Curiosité radiologique post-opératoire tardive. (*J. Radio. Electr.*, janvier-février 1965, *46*, n° 1-2, 43-46, bibliogr.)

Bucker (J.) et Stossel (H.G.). — Les tumeurs bénignes de l'estomac. (*Fortschr. Geb. Röntgenstr.*, février 1961, *94*, n° 2, 159-175, bibliogr.)

Bukhman (A.I.), Limonchik (S.L.) et Luchinsky (I.I.). — Hémangio-endothéliome de l'estomac. (*Khirourguia*, Moscou, 1964, n° 12, 126-127, bibliogr.)

Burian, Vyronbal et Neoral. — Kyste de la paroi gastrique (magenwandzystem). (*Deutsches Zeitsch. für Verd. und Stoffw.*, 1958, n° 18, 48.)

Cachin (M.), Frileux (C.), Gérard (G.) et Jallut (H.). — A propos du diagnostic des tumeurs bénignes de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Dig.*, janvier 1953, *42*, n° 1, 61-65.)

Cachin (M.), Pergola (F.), Terris (G.) et Roques (R.). — Schwannomes multiples du tube digestif. (*Sté Nat. Gastro-Entérol.*, 11 mai 1959 ; — *Arch. Mal. App. Dig.*, août 1959, *48*, 821-829.)

Carcassonne (Y.), Payan (H.) et Monges (H.). — Les réticulopathies gastriques. (*Marseille Méd.*, 1956, *93*, n° 8, 699-708.)

Carlson (E.) et Ward (J.G.). — Considérations chirurgicales sur les polypes gastriques et la gastrite géante hypertrophique. (*Surg. Gyn. Obst.*, décembre 1958, *107*, n° 6, 727-738.)

Caulet (T.), Nicaise (H.) et Adnet (J.J.). — Adénomyose gastrique diffuse. (*Soc. Méd. de Reims*, 1966, *3*, 15-18.)

Cerckez (E.V.). — La présence d'un polype gastrique justifie-t-elle la gastrectomie subtotale élargie ? (*Lyon Chir.*, janvier 1962, *58*, n° 1, 19-26, bibliogr.)

Chalnot (P.) et Grosdidier (J.). — Les myomes de l'estomac et leurs manifestations hémorragiques. (*Rev. Méd. Nancy,* 1955, *80,* 524.)

Chatelin (Cl.) et coll. — Tumeur bénigne dégénérée de l'estomac invaginée dans le duodénum. (*Presse Méd.,* 1960, 49 suppl., 23.)

Chatelin (Cl.), Vincent et Barriera. — Tumeurs villeuses multiples de l'estomac. (*Presse Méd.,* avril 1964, *72,* n° 17, 11-12.)

Cheynel (J.) et Carabalona (P.). — Léiomyoblastome gastrique. (*Soc. Chir. Montpellier,* 1955, n° 8, 213-217.)

Christensen (J.). — Pancreatic cyst in leiomyoma of the stomach. (*Acta Path. et Micr. Scand.,* 1957, *40,* n° 1, 166.)

Chomei (B.), Martin (G.B.) et Gibbel (M.I.). — Histiomyctome de l'estomac. (*Am. J. Gastro-Entérol.,* décembre 1962, *38,* n° 6, 653-658, bibliogr.)

Cole (J.W.) et Barry (F.M.). — Smooth muscle tumors of the stomach. (*Amer. J. Surg.,* avril 1950, *79,* n° 4, 524-531.)

Colp (R.) et Weinstein (V.A.). — Les tumeurs bénignes de l'estomac. (*Surg. Clin. North Amer.,* avril 1953, *33,* n° 2, 433-442.)

Concillio (A.). — Léiomyome géant de l'estomac évoluant en sarcome. (*Minerva Chir.,* avril 1960, *15,* n° 7, 352-356, bibliogr.)

Couniot (J.), Benkoula (Ali), Renaud (F.), Ouahrani (F).. — Tumeurs glomiques de l'estomac. (*Mém. Acad. Chir.,* 1963, *89,* n° 24-25, 668.)

Cousin (R.). — Le polyadénome en nappe de l'estomac. (*Mémoire pour le Certificat d'Etudes Spéciales d'Electroradiologie,* Paris, 1950.)

Couture (J.). — Tumeurs bénignes de l'estomac d'origine conjonctive. A propos de trois cas. (*Canadian J. Surg.,* juillet 1960, *3,* n° 4, 308-312.)

Cowdell (R.H.). — Smooth muscle tumors of the gastro-intestinal tract. (*Brit. J. Surg.,* juillet 1950, *38,* n° 149, 3-11.)

Cressmann (R.D.). — Léiomyome de l'estomac et du duodénum. (*Gastroentér.,* février 1954, *26,* n° 2, 239-250.)

Crismer (R.) et Drèze (C.). — Les hémorragies des tumeurs gastriques. (*Arch. Mal. App. Dig.,* décembre 1959, *48,* n° 12, 146-149.)

Crumi (A.B. Jr). — Léiomyome gastrique calcifié. (*Amer. J. Roentgenol.,* avril 1962, *87,* n° 4, 727-728, bibliogr.)

Cruveilhier. — Maladies de l'estomac. (*Atlas Anat. Path. du Corps,* Paris, Baillière édit., 1829-1842, vol. 2, 3.)

Culver (G.J.) et Dobrak (A.). — Submucosal gastric lipoma. Report of a case presenting an interesting roentgen sign. (*Amer. J. Roentgen.,* 1950, *64,* 938-939.)

Cussen (L.J.). — The incidence of leiomyomata of the stomach. (*Med. J. Australia,* novembre 1959, *2,* n° 20, 713-715.)

Davis (J.G.) et Adams (D.B.). — The roentgen findings in gastric leiomyomas and leiomyosarcomas. (*Radiology,* juillet 1956, *67,* n° 1, 67-73.)

Dawson (J.). — Leiomyom of the stomach. (*Brit. J. Radiol.,* novembre 1950, *23,* 677-678.)

Debray (C.), Debray (J.) et Robert-Benon (C.). — Tumeurs bénignes et malignes au cours des anémies mégaloblastiques. (*Sang,* 1952, *23,* n° 9, 753-757.)

Debray (C.) et Muffang (Y.). — Tumeurs gastriques invaginées dans le duodénum. (*Sem. Hôp. Paris,* septembre 1953, n° 56, 2713-2726.)

Degrell (I.), Sinko (O.), Toth (K.) et Radler (A.). — Les cas de polypes de l'estomac que nous avons rencontrés chez nos malades d'hôpital pendant dix ans. (*Zbl. Chir.,* juin 1962, *87,* n° 26, 1079-1086, bibliogr.)

Degrell (I.) et Kopcsanyi (I.). — Le neurinome gastrique. (*Zbl. Chir.,* décembre 1962, *87,* n° 50, 2096-2102.)

Delannoy (E.), Auguste, Verhaeghe et Bonte. — Lipome sous-séreux de l'estomac avec ulcère de la première portion du duodénum. (*Arch. Mal. App. Dig.,* juin 1953, *42,* n° 6, 870-873.)

Delannoy (E.) et Soots (G.). — Leiofibromyome de la grosse tubérosité de l'estomac. (*Acta Gastroenterol. Belg.,* 1957, *20,* n° 8-9, 743-746.)

Delannoy (E.), Tacquet (A.) et Soots (G.). — A propos de 17 observations de tumeurs bénignes de l'estomac et du duodénum. (*Ann. Chir.,* suppl. *Sem. Hôp. Paris,* juillet 1958, *12,* n° 13-14, 751-762, bibliogr.)

Delannoy (E.), Combemale (B.) et Buffin (R.P.). — Les angiomes simples de l'estomac (hémangiomes). (*Lyon Chir.,* novembre 1962, *58,* n° 6, 823-831, bibliogr.)

Delannoy (E.). — Tumeurs bénignes de l'estomac. (*Lyon Chir.,* 1965, *61,* n° 2, 161.)

Depaulis. — Un cas d'association d'ulcus et de schwannome gastrique. (*Soc. Chir. Bordeaux,* mars 1956, 168-170.)

Devenyl (I.), Pzeleckzy (J.) et Slowick (F.). — Une adénomyose gastrique coexistant avec une digestion peptique. (*Bruns' Beitr. Klin. Chir.,* 1962, 204, 471-480.)

Devin (R.) et Bonneau (H.). — Hémangiopéricytome gastrique. (*Mém. Acad. Chir.,* mars 1965, *91,* n° 10-11-12, 344.)

Dewing, Roessel et Olmstead. — Enterogenous cyst of stomach. (*Amer. Surg.,* 1956, 143, 131-135.)

Dich (J.), Paaby (H.) et Schwartz (M.). — Tumeur protéino-sécrétante de l'estomac, hypoprotéinémie sévère traitée par ablation d'un polype gastrique. (*Brit. Med. J.,* septembre 1961, n° 52-53, 686-688, bibliogr.)

Dieulafé (R.). — Importance des états pré-cancéreux. (*Sem. Hôp.,* 1956, *56,* 2868.)

— Les kystes de la paroi gastrique. (*Arch. Mal. App. Dig.,* décembre 1962, *51,* n° 12, 1521-1528, bibliogr.)

Djoudi (M.A.). — Contribution à l'étude des léiomyomes gastriques. (*Thèse*, Montpellier, 1954.)

Donovan (J.), Graham (J.H.) et O'Donnel (A.R.). — Glomus tumors of the stomach. (*J. Int. Coll. Surg.*, 1958, *29*, 699-707.)

Dormandy (T.L.) et Edwards (J.M.). — Syndrome de Peutz. (*Gastro-Entérol.*, 1956, *86*, n° 4, 456-463.)

Dornier. — Duplication gastrique. (*Arch. Mal. App. Dig.*, juin 1959, n° 6, 658.)

Dubourg, Dubarry et Leger (H.). — Dysembryome hétérotypique développé dans le grand épiploon. (*Arch. Mal. App. Dig.*, mai 1952, 489.)

Dupuy (R.), Stuhl (L.), Vallin (J.) et Scali (R.). — L'intérêt du test thérapeutique dans le diagnostic d'un schwannome gastrique. (*Confront. Radio-Anat. Clin.*, suppl. *Presse Méd.*, novembre 1962, *70*, n° 47, 71.)

Duret (R.L.). — Fibromes purs de l'estomac. (*Acta Gastro-Entérol.*, octobre 1954, *17*, 705.)

Edwards et Brown. — Polypes gastriques bénins. Leurs relations avec le carcinome de l'estomac. (*Gastro-Entérol.*, 1950, *16*, 531.)

Eklof (O.), Erikson (E.) et Sahlin (O.). — Tumeurs épithéliales bénignes de l'estomac et du duodénum. Diagnostic et traitement. (*Acta Chir. Scand.*, 1960, suppl. 255.)

Eklof (O.). — Tumeur bénigne de l'estomac et du duodénum. Etude clinique et radiologique avec remarques spéciales sur les polypes adénomateux et leurs rapports avec la malignité. (*Acta Chir. Scand.*, 1962, suppl. *291*, 7-57, bibliogr.)

Eklof (O.), Engstedt (L.) et Reizenstein (P.). — Déficience des facteurs intrinsèques, achlorhydrie et malignité dans les polypes de l'estomac et du duodénum. (*Acta Med. Scand.*, mai 1962, *171*, n° 5, 601-612, bibliogr.)

Eklof (O.). — Tumeurs bénignes de l'estomac et du duodénum. (*Acta Radiol.*, mai 1962, *57*, n° 3, 177-198, bibliogr.)

Eklund (A.B.), Eklof (O.), Haverling (M.) et Ohlsson (S.). — Tumeurs non épithéliales bénignes gastro-duodénales. (*Acta Chir. Scand.*, juin-juillet 1961, *121*, n° 5-6, 439-447, bibliogr.)

Elgood (J.). — Gastroduodenal intussusception caused by large leiomyoma of stomach. (*Brit. J. Surg.*, janvier 1951, *38*, n° 151, 388-389.)

Elliot (G.V.) et Wilson (H.M.) .— Mesenchymal tumors of the stomach. (*Arch. Int. Med.*, mars 1952, *89*, 358-367.)

Elschner (W.). — Une tumeur neurogène de l'estomac. (*Zbl. Chir.*, octobre 1964, *89*, n° 42, 1588-1591.)

Engleshkis (J.A.) et Raybaut. — Une observation de schwannome de la partie haute de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Dig.*, novembre 1962, *51*, n° 11, 1444-1447, bibliogr.)

Evans (R.W.). — Histological appearances of tumours. (Edinburgh, London, E.S. Livingstone Ltd, 1956.)

Everts (E.A.) et Kazal (H.L.). — Tumeurs musculaires de l'estomac. (*Ann. of Surg.*, 1954, *140*, n° 6, 875.)

Fagarasanu (I.) et Ratiu (O.). — Boala polipoasă a stomacuhei ca boală precanceroasă. (*Chirurgia Bucuresti*, 1954, *3*, 125.)

Farkas (I.), Dubecz (S.) et Kantor (E.). — Neurinome de l'estomac. (*Zbl. Chir.*, juin 1964, *89*, n° 25, 932-937, bibliogr.)

Faruel-Héritier (J.). — Hémangio-péricytome gastrique. (*Thèse*, Marseille, 1962.)

Fékété (F.). — Tumeurs bénignes de l'estomac. (*Encyclopédie Médico-Chir.*, « Estomac », 1959, 9.026, A.10.)

Ferraris (R.). — Mise à jour : polypes adénomateux de l'estomac. (*Minerva Chir.*, juillet 1963, *18*, n° 14, 687.)

Fischer (H.). — Fibrolipoma of stomach : removal by resection of stomach, convalescence complicated by tetany. (*Ann. Surg.*, 1905, *24*, 583-589.)

Flabeau (F.), Gaultier (M.) et Leperchey (F.). — A propos du diagnostic des léiomyomes gastriques. (*Mém. Acad. Chir.*, octobre 1961, *87*, n° 24-25, 756-758.)

Flabeau (F.), Terquem (J.) et Henry (J.G.). — A propos de l'évolution et du traitement chirurgical des schwannomes gastriques. (*Presse Méd.*, juin 1962, *70*, n° 31, 1519-1520, bibliogr.)

Forrester-Wood (W.R.). — Gastrite géante hypertrophique. (*Brit. J. Surg.*, 1950, *37*, n° 147, 278-289.)

Fortunelli (D.). — Le myome gastrique. (*Ann. Ital. di Chir.*, 1959, *36*, n° 8, 527-540.)

Fouques (F.). — Les schwannomes gastriques. (*Thèse*, Clermont-Ferrand, 1961.)

Fouques (F.) et Mercier (R.). — Considérations sur les schwannomes de l'estomac. (*Méd. Chir. Prat.*, juillet 1963, *134*, n° 9, 397-401.)

France (C.J.) et Brines (O.A.). — Mesenchymal tumors of the stomach. (*Arch. Surg.*, 1950, *61*, 1019-1035.)

Francillon (J.), Desjacques (P.) et Tommasi (M.). — Nouvelle observation de léiomyome de l'estomac. (*Lyon Chir.*, septembre 1959, *66*, n° 5, 771-775.)

Fritz (W.). — Problème du neuro-fibrome de l'estomac et de la gastrectomie totale chez l'enfant. (*Zbl. Chir.*, décembre 1964, *89*, n° 49, 1876-1883, bibliogr.)

Futoryan (E.S.) et Kagramanov (S.V.). — Hémangioendothéliome de l'estomac. (*Khirourguia*, Moscou, 1963, n° 6, 128-129, bibliogr.)

Gaon (D.). — Les tumeurs bénignes de l'estomac. (*Rev. Clin. Espan.*, juillet 1964, *94*, n° 2, 81-97, bibliogr.)

Garbarini (J.) et Price (H.P.). — Calcified leiomyome of the stomach. (*New England J. Med.*, septembre 1950, *243*, n° 11, 406-407.)

Garbay (M.) et Gaussen (L.). — Polypes et polypose gastrique. (*Presse Méd.*, octobre 1960, *68*, n° 47, 1757-1759.)

Garin (N.D.) et Trakhtenberg (A.H.). — Un cas de diagnostic difficile de fibromyome de l'estomac. (*Khirourguia*, Moscou, 1964, n° 8, 120-122.)

Gaultier, Mialaret, Mouzon et Gérard. — A propos du diagnostic étiologique des images radiologiques en cocarde de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1951, *40*, n° 9-10, 1048.)

Gelin (A.). — Tumeurs bénignes de l'estomac. (*Acta Gastroenterol. Belg.*, 1950, *13*, 1015-1018.)

Gennari (L.). — Considerazioni sui tumori glomici con particulare riguardo alle locaizzazione gastrice. (*Tumori*, 1958, *44*, 524-537.)

Gentaz (M.R.). — Un schwannome gastrique de diagnostic difficile. (*J. Radiol. Electrol.*, novembre 1963, *44*, n° 11, 748.)

Ghirelli (G.) et Ciabotti (A.). — Contributo alla conoscenza dei tumori benigni dello stomaco : raro caso di lipoma sottomucoso ulcerato. (*Arch. Ital. Malat. App. Dig.*, 1952, *18*, 37-52.)

Gieseler (H.). — Clinique et pathologie des polypes de l'estomac. (*Langenbecks Arch. Klin. Chir.*, 1962, *299*, n° 5, 637-653, bibliogr.)

Gini (R.), Radoni (L.G.) et Schapris (M.J.). — Schwannome gastrique. (*Prensa Med. Argent.*, janvier 1961, *48*, n° 1, 32-37, bibliogr.)

Glauser (O.), Jeanneret (P.) et Mully (K.). — Léiomyomes de l'estomac, cause d'hémorragie gastrique massive. (*Schweiz. Med. Wschr.*, mai 1963, *95*, n° 21, 764-766, bibliogr.)

Godlewski (M.) et Loubatières (R.). — Sur un cas de léiomyome gastrique. (*Arch. Mal. App. Dig.*, novembre 1950, *39*, n° 11, 1186-1187.)

Gombert (H.J.). — Points de vue radiologiques, anatomo-pathologiques et cliniques dans l'appréciation des tumeurs polypeuses de l'estomac. (*Fortschr. Geb. Röntgenstr.*, juin 1962, *96*, n° 6, 766-777, bibliogr.)

Gondard (L.), Nègre (E.) et Loubatières (R.). — Tumeur villeuse de l'estomac en voie de dégénérescence étroitement localisée : diagnostic pré-opératoire par gastro-biopsie dirigée. (*Arch. Mal. App. Dig.*, janvier 1957, *46*, n° 1-2, 36-43.)

Gonzalez-Bueno (C.M.) et Villamartin (J.M.V.). — Tumeurs gastriques bénignes. (*Rev. Clin. Espan.*, mars 1964, *92*, n° 5, 333-335.)

Grafe (W.), Thorbjarnarson (B.), Pearce (J.M.) et Beal (J.M.). — Benign neoplasms of the stomach. (*Amer. J. Surg.*, octobre 1960, *100*, 561-571.)

Grozinger (K.H.) et Benz (K.). — Le neurinome gastrique. (*Langenbecks Arch. Klin. Chir.*, 1963, *303*, n° 2, 140-469, bibliogr.)

Guttmann. — Syndrome douloureux de la région épigastrique. (Masson édit., 1951, 708 p.)

Gueullette (R.), Tédesco (B.) et Paley (M.). — Schwannome de la grosse tubérosité gastrique traité par exérèse localisée. (*Arch. Mal. App. Dig.*, juillet-août 1950, *39*, n° 7-8, 811-815.)

Harangy (L.). — Problema precancerului. (*Ed. Stat. Bucuresti*, 1953.)

Harris (W.H.). — Benign gastric leiomyoma. (*Virginia Med. Mon.*, 1957, *84*, 222-224.)

Hay Lyle (J.). — Polypes et adénomes de l'estomac. (*Surg.*, 1953, *33*, 446-467.)

— Traitement chirurgical des polypes et adénomes gastriques. (*Surg.*, janvier 1956, *39*, n° 1, 114.)

Helela (T.) et Vuorinen (P.). — Neurinome de l'estomac. (*Ann. Méd. Int. Fenniae*, 1964, *53*, n° 1, 13-16.)

Henry (J.G.). — Etude des schwannomes gastriques et de leur dégénérescence maligne. Incidence de l'exérèse à propos de 72 observations. (*Thèse*, Paris, 1961, n° 459, 168 p., bibliogr.)

— Les schwannomes dgestifs. (*Gazette Méd. de France*, 1961, *68*, n° 22, 2688-2697.)

Henry (J.G.), Kamoun (L.) et Plane (J.). — Les tumeurs bénignes de l'estomac. (*Gaz. Méd. France*, novembre 1964, *71*, n° 22, 3747-3761, bibliogr.)

Hepp (J.) et Lolmède (Ch.). — Volumineux schwannome gastrique haut situé traité par gastrectomie totale. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1950, *39*, n° 6, 693-696.)

Highmann (J.H.). — Léiomyome de l'estomac. (*Lancet*, juin 1958, n° 7034, 1307-1308.)

Hillemand (P.). — Les tumeurs bénignes de l'estomac : « maladie de l'estomac de l'œsophage et du duodénum ». (*Coll. Médico-Chir.*, Paris, Flammarion édit., 1950, 612-631, bibliogr., 1 volume mis à jour 1957.)

Hillemand (P.), Chaouat (Y.), Chappuis (G.) et Marre (P.). — A propos du diagnostic et de la thérapeutique des tumeurs bénignes de l'estomac. (*Sem. Hôp. Paris*, novembre 1951, 27, n° 88, 3506-3509.)

Hillemand (P.), Patel (J.), Chérigié (P.) et coll. — Polypose adénomateuse du jéjunum et de l'iléon associée à une polypose adénomateuse colique et à deux gros polypes gastriques. (*Presse Méd.*, 1952, *60*, 911-913.)

Hillemand (P.), Patel (J.) et Viguié (R.). — Volumineux schwannome exogastrique dégénéré. (*Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1953, *69*, n° 1-2, 37-39.)

Hillemand (P.), Claisse (R.), Barre (Y.), Bernard (H.J.) et Roux (P.). — Polyadénome brünnerien de l'estomac s'invaginant dans le bulbe. (*Presse Méd.*, avril 1955, *63*, n° 30, 633-634.)

Hirsch (F.), Delcourt (R.), Bothy (C.) et Pironт (A.). — Léiomyomes de l'estomac. (*Acta Gastro-Enterol. Belg.*, 1955, *18*, 273.)

Hoeffel (J.Cl.) et Bismuth (V.). — Intérêt de de la radiologie dans le diagnostic des tumeurs bénignes de l'estomac. (*France Méd.*, décembre 1962, *25*, n° 10, 507-519.)

Hoerr (S.O.), Hazard (J.B.) et Hodgman (R.W.). — Lymphome gastrique. (*Gastro-Entérol.*, juin 1962, *42*, n° 6, 759.)

Hoffer (G.). — Tumeurs neurogènes de l'estomac, formes malignes et bénignes. (*Wien. Klin. Wschr.*, octobre 1964, *76*, n° 42-43, 729-730.)

Hollosy (K.). — Clinique des tumeurs bénignes de l'estomac. (*Wien. Klin. Wschr.*, 1958, *70*, 441-442.)

Hughes (J.H.) et Marcus (R.). — Exogastric leiomyoma. (*Brit. J. Surg.*, novembre 1952, *40*, n° 161, 257-259.)

Huppler (E.), Priestley (J.T.), Morlock (C.G.) et Gage (R.P.). — Diagnostic et résultats du traitement des polypes gastriques. (*Surg. Gyn. Obstetr.*, mars 1960, *110*, n° 3, 309-313.)

Inglesakis (J.A.) et Raybaut. — Une observation de schwannome de la partie haute de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Dig.*, novembre 1962, *51*, n° 11, 1444-1447.)

Jaki (J.). — Un myome sous-muqueux de l'estomac. (*Zbl. Chir.*, 1952, *77*, n° 28, 1181.)

Jannakopoulos et Valavanis. — Prolapsus de la muqueuse de l'antre pylorique à travers l'orifice pylorique vers le bulbe duodénal. (*Arch. Mal. App. Dig.*, janvier 1954, *43*, 117.)

Jawi (E.) et coll. — Gastric glandular tumor provided with excretoryducts. (*Acta Path. Microb. Scandinav.*, 1964, *62*, 1-24.)

Jarvinen (K.A.J.) et Helanen (S.). — Est-ce que la syphilis tardive est un facteur étiologique de la polypose gastrique multiple. (*Ann. Med. Int. Fenniae*, 1961, *50*, n° 1, 7-15, bibliogr.)

Judd (C.S. Jr), Civin (W.H.) et Mc Ilhany (M.L.). — Granulome éosinophile de l'estomac. (*Gastro-Entérol.*, mars 1955, *28*, n° 3, 453-457.)

Kadyrov (F.A.) et Shklovsky (G.S.). — Granulome éosinophile de l'estomac. (*Khirourguia*, Moscou, mars 1964, n° 3, 110-112.)

Kareva (A.I.). — Un cas de calcification de tumeur gastrique bénigne. (*Westnik Radiol.*, Moscou, 1963, n° 1, 66.)

Kay (S.), Callahan (W.P.), Murray (M.R.), Randall (H.T.) et Stout (A.P.). — Les tumeurs glomiques de l'estomac. (*Cancer*, 1951, *4*, 726.)

Kay (S.). — Tumeurs des muscles lisses de l'estomac. (*Surg. Gyn. Obst.*, octobre 1964, *119*, n° 4, 842-846.)

Ker (H.R.). — Leiomyoma of the stomach. (*Lancet*, juin 1955, *268*, n° 6878, 1306-1307.)

Kerekes (E.S.). — Hémangiome gastrique : rapport d'un cas. (*Radiology*, mars 1964, *82*, n° 3, 468-469.)

Kharin (V.Y.). — Sur les neurinomes de l'estomac. (*Khirourguia*, Moscou, février 1961, n° 2, 124-125, bibliogr.)

Kiefer (E.D.) et Christiansen (P.A.). — Benigns tumors of stomach and duodenum. (*Med. Clin. North Amer.*, mars 1956, *2*, 381-389.)

King (J.M.) et Woelfel (G.M.). — Submucous lipoma of the stomach. (*Amer. J. Surg.*, 1952, *83*, 32-34.)

Kinnon (D. de) et Nash (F.W.). — Pyloric obstruction due to pancreatic heterotopia in a child. (*Brit. Med. J.*, 1957, *1*, 87-88.)

Klein (N.) et Celler. — Du polype au cancer gastrique. (*Gastro-Entérol.*, 1951, *17*, 442.)

Koloski (E.L.), Shallenberger (P.L.) et Hawk (G.W.). — Large partially calcified gastric leiomyoma. (*Amer. J. Surg.*, août 1950, *80*, n° 2, 245-248.)

Kunzli (H.P.). — Le neurinome de l'estomac, clinique et traitement. (*Gastro-Enterologia*, 1964, *102*, n° 1, 23-41, bibliogr.)

Kuznetsov (V.G.). — Un cas de léiomyome gastrique. (*Westnik Roentgen Radiol.*, Moscou, 1962, n° 2, 61-62.)

Labry (R.) et Duroux (P.). — Volumineux neurinome gastrique à symptomatologie pelvienne. (*Lyon Chir.*, avril 1950, *45*, n° 3, 358-359.)

Lamy (J.) et Bonneau (H.). — Tumeurs glomiques de l'estomac. (*Mém. Acad. Chir.*, février 1956, *82*, n° 4-5, 147-152.)

Lanin (A.N.). — Prolapsus de polypes gastriques dans le duodénum. (*J. Radiol.*, Moscou, 1965, n° 1, 65.)

Lapeyre (N.C.), Bétoulières (P.), Carabalona (P.), Pélissier (M.) et Levère (F.). — L'étude radiologique du lobe gauche du foie. Intérêt de la pneumostratigraphie abdominale. (*J. Radiol. Electr.*, 1954, *35*, 478-482.)

Lazarus (J.A.) et Ricci (M.W.). — Gastric leiomyoma with special reference to involvement of paraoesophageal fundus. (*Amer. J. Surg.*, octobre 1950, *80*, n° 4, 436-440.)

Lee (R.O.). — Trois tumeurs musculaires de l'estomac. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, février 1962, *55*, n° 2, 152-153.)

Leger (H.), Dubarry (J.J.), Darmaillacq (R.), Kermarec (J.) et Planes (A.). — Tumeur myoïde intra-murale de l'estomac. (*Bordeaux Chir.*, octobre 1962, n° 4, 186-188.)

Leger (H.), Poirier (J.P.) et Fouassier. — Au sujet d'un cas de granulome éosinophile de l'estomac. (*Bordeaux Chir.*, juillet 1963, n° 3, 143-144.)

Leger (L.) et Kanoui (F.). — Tumeur villeuse de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Dig.*, septembre 1953, *42*, n° 9, 1140-1145.)

Leigh (T.F.). — Calcified gastric leiomyoma. (*Radiology*, septembre 1950, *55*, n° 3, 419-422.)

Lemaire (J.P.). — Deux cas d'hémangio-péricytome gastro-duodénal. (*Thèse*, Nantes, 1964.)

Leperchey (F.). — A propos d'observations gastroscopiques du schwannome isolé. Revue des problèmes posés par ces tumeurs. (*Mém. Gastro-Entérol.*, Paris, 1960.)

Leroy (A.), Blanc (P.) et Henry (J.). — Traitement chirurgical des schwannomes. A propos de 72 observations. (*Mém. Acad. Chir.*, janvier 1962, *88*, n° 1-2-3, 105.)

— Etude analytique des schwannomes digestifs (à propos d'une statistique de 72 cas de schwannomes). (*J. Chir.*, mai-juin 1962, *83*, n° 5-6, 683-708, bibliogr.)

Liaras (H.) et Lafforgue (P.). — Volumineuse tumeur kystique de l'estomac, hémangio-péricytome de la paroi gastrique. (*Soc. Chir. Alger*, 26 novembre 1953.)

— Un cas d'hémangio-péricytome de la paroi gastrique. (*Mém. Acad. Chir.*, mars 1956, *82*, n° 8-9, 256-262.)

Llorens (P.C.). — Tumeurs bénignes de l'estomac. (*Ann. Hosp. Santa Cruz*, mars-avril 1964, *24*, n° 2, 211-228.)

Loers Broks. — Sur l'étiologie des grosses hémorragies gastriques. Léiomyome de l'estomac. (*Deutsche Med. J.*, avril 1956, n° 7, 166-169.)

Lojacono (F.). — Les néoplasies bénignes de l'estomac (compte rendu d'un cas). (*Minerva Gastro-Entérol.*, octobre-décembre 1963, n° 4, 184-186, bibliogr.)

Longhi (F.). — Présentation d'un cas de neurinome gastrique. (*Minerva Gastro-Entérol.*, janvier-mars 1962, *8*, n° 1, 4-7, bibliogr.)

Lorimer (W.S.). — Léiomyome gastrique géant. (*Amer. J. Surg.*, février 1954, *87*, n° 2, 278-284.)

Lortat-Jacob (J.L.) et Moriceau-Beauchant (J.). — Schwannome typique de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1951, *40*, n° 1, 122-124.)

Loubet (R.), Basset (A.), Loubet (A.) et Lamaud (F.). — Maladie de Ménétrier (hypertrophie pseudo-tumorale des plis de la muqueuse gastrique). Etude anatomo-pathologique d'un cas. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1958, *47*, 364.)

Lund (R.). — Tumeurs bénignes de l'estomac. Rapport de 10 cas. (*Acta Chir. Scand.*, octobre 1955, *109*, n° 6, 407-414.)

Lutzow-Holm (G.). — Carcinoïdes de l'estomac. (*Acta Chir. Scand.*, 1952, *104*, n° 2-3, 193-200.)

Maillet. — Deux cas de tumeurs bénignes du cardia. (*Lyon Chir.*, septembre 1959, *55*, n° 5, 778.)

Makovkin (V.A.). — Hémangiome de la partie pré-pylorique de l'estomac. (*Westnik Roentgenol.*, Moscou, 1962, *37*, n° 3, 67-68.)

MalletGuy, Vidil et Jacquemet. — Polypes gastriques pré-pyloriques. (*Lyon Chir.*, mai-juin 1955, *50*, n° 4, 50.)

Mannix (A.J. Jr), Schraft (W.C.), Reed (W.P.) et Adie (G.C.). — Tumeurs glomiques de l'estomac. (*Surg.*, mars 1955, *37*, n° 3, 474-477.)

Manouras (E.) et Dimitropoulos (R.). — Neurofibrome de l'estomac. (*Galemus*, Grèce, février 1961, *3*, n° 2, 126-131, bibliogr.)

Marangos (G.N.). — Hémangio-péricytome de l'estomac. (*Gut.*, février 1965, *6*, n° 1, 77-79, bibliogr.)

Marshall (S.F.) et Meissner (W.A.). — Leiomyoma of the stomach. (*Surg. Clin. North Amer.*, juin 1951, 735-742.)

Marshall (S.F.) et Cherry (J.W.). — Smooth muscle tumors of the alimentary canal. (*Surg. Clin. North Amer.*, juin 1955, 719-733.)

Martin (E.) et Lambling (A.). — Tumeur glomique de l'estomac. (*Arch. Anat. Path.*, 1961, *9*, 231-236.)

Masley (P.M.). — Léiomyosarcome de l'estomac. Revue de 10 cas. (*Amer. J. Dig. Dis.*, octobre 1959, n° 10, 792-811.)

Medhurst (G.A.). — Léiomyome gastrique. (*Brit. J. Radiol.*, 1958, *31*, 372-376.)

Meinardi (E.). — Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de l'estomac. (*Minerva Med.*, juin 1963, *54*, n° 49, 1864-1867, bibliogr.)

Meley (J.), Morel (J.) et Ronjon (A.). — Polyadénome en nappe. Gastrectomie d'urgence pour hémorragie. (*Mém. Acad. Chir.*, séance du 4 janvier 1962, 453.)

Ménétrier (P.). — Des polyadénomes gastriques. (*Arch. de Physiol.*, 1888, 32-55 et 236-262.)

Meyer (A.). — A propos de la clinique et de la thérapeutique des tumeurs gastriques bénignes. (*Münch. Med. Wschr.*, septembre 1963, *105*, n° 36, 1726-1730.)

Miniconi (P.), Ferrand (J.), Monsini-Montpellier (J.). — Les tumeurs villeuses bénignes de l'estomac. (*Presse Méd.*, mars 1962, *70*, n° 14, 682-684, bibliogr.)

Miniconi (P.). — Tumeurs villeuses bénignes de l'estomac. (*O Medico*, avril 1964, *15*, n° 660, 186-187.)

Monaco (A.P.), Roth (S.I.), Castleman (B.) et Welch (C.E.). — Polypes adénomateux de l'estomac, étude clinique et anatomo-pathologique de 153 observations. (*Cancer*, mai-juin 1962, *15*, 456-467.)

Moisenko (M.D.). — Adenomya of the stomach related to a dystopic rudiment of the pancreas associated with gastric ulcus. (*Vop. Onkol.*, 1965, *10*, 93-95.)

Monges (H.) et Leger (M.). — Quelques remarques sur les léiomyomes gastriques (à propos de 6 observations). (*Arch. Mal. App. Dig.*, novembre 1963, *52*, n° 11, 1138-1140.)

Monod-Broca (Ph.), Testas (P.) et Henry (J.). — A propos du traitement des schwannomes gastriques. (*Mém. Acad. Chir.*, 1962, *88*, n° 1-2-3, 108-112.)

Moreno (I.G.). — Tumeurs gastriques bénignes. (*Prensa Med. Argent.*, mai 1961, *48*, n° 21, 1548-1562, bibliogr.)

Morton (J.H.), Stabins (S.J.) et Morton (J.J.). — Smooth muscle tumors of the alimentary canal. (*Ann. Surg.*, septembre 1956, *144*, n° 3, 487-505.)

Mouchet (A.), Marquand (J.) et Douard (J.). — A propos de 6 cas de tumeurs bénignes de l'estomac. (*Presse Méd.*, octobre 1953, *61*, n° 61, 1231-1233.)

Mouchet (A.), Marquand (J.), Garcin (J.P.) et Mir Alai (H.). — A propos des tumeurs dites « bénignes » de l'estomac. (*J. Chir.*, mars 1961, *81*, n° 3, 295-306.)

Muir (J.B.G.). — Note on a case of leiomyoma of the stomach. (*Ann. Surg.*, 1952, *135*, 423.)

Muniz (J.) et Oliva (H.). — Léiomyome de l'estomac. (*Rev. Clin. Espan.*, avril 1961, *81*, n° 1, 39-44, bibliogr.)

Munzer-Daccak (M.). — Un cas rare de tumeur gastrique (adénomyome). (*Rev. Méd. Moyen-Orient*, 1961, *18*, 501-505.)

Murray (H.M.). — Fatty tumour in wall of stomach. (*Trans. Path. Soc.*, London, 1889, *40*, 78.)

Narychev (A.A.) et Narycheva (K.K.). — Classification clinique et morphologique et problèmes concernant le traitement des polypes gastriques. (*Khirouguia*, Moscou, 1962, n° 12, 89-93.)

Nebesar (R.A.) et Pollard (J.J.). — Lésions polypoïdes de l'estomac. (*F.A.M.A.*, mai 1964, *188*, n° 7, 678-679, bibliogr.)

Nocentini (P.). — Profito e significato delle proliferazioni di typo lipomatoso in sede gastro-duodenale. (*Anat. Patol. e Med. Clin.*, Florence, 1952, *18*, 633-653.)

Nordenstam (H.) et Nordstrom (S.). — Tumeur bénigne non épithéliale de l'estomac et du grêle. Typage histologique et dégénérescence maligne. (*Acta Chir. Scand.*, janvier-février 1963, *125*, n° 1-2, 139-143, bibliogr.)

Nurmukhamedov (R.M.). — Léiomyome de l'estomac combiné à un phlegmon aigu. (*Khirouguia*, Moscou, 1963, n° 6, 132-133, bibliogr.)

Nuss (F.J.). — Uber gutargige tumoren des magendarm traktes. (*Münch. Med. Wschr.*, juillet 1959, *101*, n° 29, 1210-1212.)

Oberman (H.A.), Lodmell (J.G.) et Sower (N.D.). — Malformations kystiques hétérotypiques diffuses de l'estomac. (*New England J. Med.*, octobre 1963, *269*, n° 17, 909-911.)

Orbegozo (J.M.R.), Garrido (T.A.), Ortiz (E.G.) et Castilla (F.C.). — Polype glandulaire de l'estomac. (*Rev. Clin. Espan.*, juin 1963, *89*, n° 6, 384-387, bibliogr.)

Owen et Howard. — Tumeurs bénignes de l'estomac. (*Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, 21 avril 1954.)

Pages. — Adénoacanthomes œsophagiens et gastriques. (*Bordeaux Chir.*, juillet 1963, n° 3, 134.)

PALMER (E.D.). — Benign intramural tumors of the stomach. (*Med.*, Baltimore, mai 1951, *30*, 81-101.)

PANA (C.), PITEA (P.), PAPILLAN (V.V.) et CIORBICA (C.). — Le léiomyome gastrique. (*Viata Med.*, Bucarest, avril 1961, *8*, n° 8, 425-428, bibliogr.)

PARIS (P.) et LE BOZEC (R.). — Un cas de schwannome gastrique. (*Soc. Chir. Lille*, 15 février 1957.)

PATEL (J.) et VERLIAC (Ph.). — Tumeur bénigne de l'estomac. (*Atlas de Radiol. Clin.*, in *La Presse Méd.*, janvier 1958, *66*, n° 2, 164.)

PAVLOSKY (H.J.). — Léiomyome de l'estomac. (*Prensa Med. Argent.*, avril 1961, *48*, n° 15, 983-986.)

PERRIER (A.). — Un schwannome gastrique insolite. (*Ann. Chir.*, décembre 1964, *18*, n° 25-26, 1591-1595.)

PERROTIN (J.) et MOREAUX (J.). — Léiomyomes de l'estomac. (*Mém. Acad. Chir.*, 1961, *87*, n° 15-16, 509.)

PERROTIN (J.), DUBOST (Cl.), MOREAUX (J.) et CHRÉTIEN (J.). — Les léiomyomes de l'estomac. (*J. Chir.*, octobre 1961, *82*, n° 4, 25-34, bibliogr.)

PERRUCHIO (P.), NICOL (H.Y.), BOISOT (J.), MOLLARET (L.), OUTREQUIN (G.), MERZ (P.), VARACHE et POULAIN. — Un cas de polyadénome en nappe de Ménétrier traité par gastrectomie totale. (*Mém. Acad. Chir.*, 1960, *86*, n° 32, 911.)

PESKAREVA (K.K.). — Hémangiome gastrique. (*Khirourguia*, Moscou, 1961, n° 11, 123.)

PETRI (W.). — Myome gastrique. (*Zbl. Chir.*, 1952, *77*, n° 40, 1687-1694.)

PEYCELON (M.). — Association de schwannome gastrique et d'ulcère hémorragique du duodénum. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1954, *43*, 762.)

PEYCELON (M.), REPLUMAZ et CHASSARD. — Quatre schwannomes gastriques. (*Lyon Chir.*, novembre 1957, *53*, n° 6, 911.)

PEYCELON et REPLUMAZ. — A propos des schwannomes gastriques. (*A.M.A.D.*, 1958, *97*, n° 5, 465.)

PIAZZA (M.). — Tumeurs bénignes et tuméfactions pseudo-néoplasiques de l'estomac. (*Minerva Chir.*, décembre 1963, *18*, n° 23, 1099-1109, bibliogr.)

PICARD (R.), HARDY (M.) et KERNEIS (J.P.). — Les granuloblastomes éosinophiles du tube digestif. (*Arch. Mal. App. Dig.*, septembre 1954, *43*, n° 9-10, 920-937, bibliogr.)

PLATCHA (A.) et SPEER (F.D.). — Polypes gastriques : leur relation avec le cancer de l'estomac. (*Amer. J. Gastroenterol.*, 1957, *28*, n° 2, 160-175.)

POINSO (R.). — A propos d'une anémie fébrile récidivante. (*Presse Méd.*, 1951, *59*, n° 26, 522.)

POIRIER (A.). — Fausse image de schwannome gastrique. Confrontation radio-anatomo-clinique. (Suppl. *Presse Méd.*, avril 1963, *71*, n° 17, 82.)

POIRIER (J.P.) et FOUASSIER. — Granulome éosinophile de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Dig.*, mai 1963, *52*, n° 5, 544-545.)

Poluektov (Yu.) et Gurevich (M.A.). — Granulome éosinophile de l'estomac : un cas. (*Khirourguia,* Moscou, 1963, n° 3, 125-128, bibliogr.)

Popovian (J.M.). — Rezectia jeludca po povodu crovotociasciego polipa pi rezco vîdarjenoi anemii. (*Klinices Med.,* 1955, *10,* 79.)

Portnov (L.M.). — Contribution au diagnostic radiologique différentiel entre le prolapsus de la muqueuse gastrique et les polypes gastriques prolabés dans le bulbe duodénal. (*Westnik Radiol.,* Moscou, 1964, n° 3, 30-33, bibliogr.)

Puschevol (Y.I.). — Granulome éosinophile de l'estomac. (*Klinitchescaïa Med.,* Moscou, 1962, *40,* n° 2, 133-135.)

Rahier (J.). — Tumeurs bénignes de l'estomac. (*Acta Clin. Belg.,* 1955, *10,* 357.)

Rajasingham (A.S.) et Cooray (G.H.). — An unusually large leiomyoma of the stomach. (*Brit. J. Surg.,* octobre 1950, *38,* n° 150, 247-248.)

Razmon (P.), Gautier (C.) et Houcke (M.). — Kyste gastrique para-cardial à revêtement cilié chez une femme de quarante-trois ans. (*Arch. Mal. App. Dig.,* 1964, *53,* n° 1-2, 31-34, bibliogr.)

Reboul (J.) et coll. — Présentation d'une séquence radiocinématographique d'une tumeur bénigne de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Dig.,* 1962, *51,* n° 4, 419-421.)

Redell (G.). — On benign submucous tumors of the stomach particularly lipoma. (*Acta Chir. Scand.,* 1938, *81,* 323-342.)

Reignier (J.), Lemaire (J.P.) et Feketé (F.). — Deux cas d'hémangio-péricytome gastro-duodénal. (*Mém. Acad. Chir.,* 1966, n° 14-15, 363.)

Rimondini (C.). — Polypose gastrique. Remarques anatomo-radiologiques et cliniques. (*Radiologia Med.,* 1956, *42,* n° 7, 638-662.)

Rintala (A.). — Adénomyome antral. (*Acta Chir. Scand.,* 1959, *117,* 374-381.)

Roberte-Jaspar. — Tumeurs bénignes de l'estomac. (*Thèse,* Paris, 1950.)

Roberts (R.I.). — Benign tumours of the stomach. (*Brit. J. Radiol.,* 1953, *26,* 3-12.)

Roccaccio et Rizzo (V.). — Tumeurs bénignes de l'estomac. (*Minerva Cihr.,* 1961, *16,* n° 6-7, 477-498, bibliogr.)

Rodriguez (A.), Maldonaldo-Allende (I.) et Batletta (F.). — Léiomyome ulcéré de l'estomac. (*Prensa Med. Argent.,* 1951, *38,* n° 28, 1733-1739.)

Rogozkina (M.V.). — Un cas de léiomyome de la région cardiale de l'estomac. (*Khirourguia,* Moscou, 1963, n° 6, 126-127, bibliogr.)

Roques (R.). — Les schwannomes multiples du tube digestif. (*Thèse,* Paris, 1959.)

Roux (G.), Fassio (E.), Marchal (G.) et Gandon (J.). — Léiomyome gastrique. (*Montpellier Chir.,* 1955, *8,* 184-187.)

Roux (G.), Baumel (H.), Vidal (J.), Kornisch (G.) et Grasset (D.). — Fibrome endogastrique pédiculé et prolabé dans le duodénum. (*Ann. Chir.,* 1960, *14,* n° 11-12, 647-652.)

ROUX (M.). — Les tumeurs bénignes de l'estomac. (*P.M.*, 1952, *60*, n° 37, 813-814.)

ROXBURGH (R.A.). — Indication de gastrectomie totale dans la polypose multiple de l'estomac. (*Gut.*, 1962, *3*, n° 3, 224-231, bibliogr.)

RUBENS-DUVAL (A.), BAUDOIN (Y.) et THIERRÉE (R.). — Les tumeurs glomiques de l'estomac. (*Mém. Acad. Chir.*, 1956, *82*, n° 4-5, 152-156.)

RUMEAU (P.). — A propos de trois cas de tumeurs bénignes gastriques. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1953, *42*, n° 7-8, 1023.)

SALEMBIER (Y.), LEMAITRE (G.), LANGLART (C.) et BENOIT (M.). — Deux cas de tumeurs bénignes ulcérées de l'estomac se manifestant par une anémie sévère. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1954, *43*, 857.)

SALINGUE (B.). — Les tumeurs villeuses de l'estomac. (*Thèse*, Paris, 1960.)

SALM (R.). — Fibrome gastrique avec infiltration éosinophile. (*Gut.*, 1965, *6*, n° 1, 85-91, bibliogr.)

SANTHA (E.). — Neurinome de l'estomac. (*Zbl. Chir.*, 1964, *89*, n° 42, 1580-1587.)

SAUTOT (J.), TOMMASI (M.) et VAUZELLE (J.L.). — Tumeur myoïde intra-murale de l'estomac. (*Lyon Chir.*, 1965, *61*, n° 4, 567-574.)

SAVAGE (P.T.). — Trois cas de tumeurs léiomyomateuses de l'estomac. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 1962, *55*, n° 2, 153-154.)

SAVIGNAC (R.), ALLAINE (F. D') et PORCHER (P.). — Un diagnostic infaisable : gros schwannome gastrique invaginé dans l'intestin grêle. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1952, *41*, n° 9-10, 911-915.)

SCHERER (F.). — Diagnostic du myome gastrique. (*Beitr. Klin. Chir.*, 1951, *182*, n° 1, 64-72.)

SCHLOSSER (V.) et HUPE (K.). — Points de vue clinique sur le traitement des tumeurs gastriques bénignes ou semi-malignes. (*Chir.*, 1964, *35*, n° 11, 488-491, bibliogr.)

SCHMUCK (J.). — Zur kenntnis des magenlipoms. (*Zbl. Chir.*, 1952, *77*, 822-824.)

SCHNEIDER (H.J.). — Tumeur glomique de l'estomac : une observation. (*Amer. J. Roentgenol.*, 1964, *92*, n° 5, 1026-1028, bibliogr.)

SCHULER (W.). — Diagnostic radiologique et traitement du granulome éosinophile de l'estomac. (*Chir.*, 1964, *35*, n° 8, 371-372.)

SCORTECCI (V.) et NAVA (S.). — Un cas de léiomyome gastrique. (*Arch. Ital. Chir.*, 1962, *88*, n° 4, 476-482, bibliogr.)

SÉNÈQUE (J.) et CHATELIN (C.L.). — Tumeur villeuse dégénérée de l'estomac. (*J. Chir.*, 1957, *74*, n° 3, 221-230.)

SÉRAFINO (X.), TOSSOU (H.), SÉRAFINO (G.) et DIOUF (E.). — Hématémèse massive révélatrice d'un schwannome gastrique. (*Bull. Soc. Méd. Afrique Noire*, 1961, *6*, n° 2, 167-171.)

Sérafino (X.), Quénum (C.) et Sérafino (G.). — A propos d'un éventuel schwannome malin de l'estomac. (*Bull. Soc. Méd. Afrique Noire,* 1963, *8,* n° 5, 557-563.)

Sérafino (X.), Diouf (B.) et Ményé (P.A.). — A propos d'un énorme schwannome de l'estomac. Considérations cliniques et thérapeutiques. (*Bull. Soc. Méd. Afrique Noire,* 1964, *9,* n° 4, 462-465.)

Shaposhnikov (V.I.). — Un cas de léiomyome de l'estomac. (*Klinitchescaïa,* Moscou, 1964, *43,* n° 2, 137.)

Sharov (B.K.). — Diagnostic des tumeurs bénignes de l'estomac. (*Rev. Radiol.,* Moscou, 1964, *39,* n° 5, 53-54.)

Shocket (E.), Moeller (H.C.), Cheatle (E.L.) et Teloh (H.A.). — Tumeur glomique de l'estomac. Rapport d'un cas et revue de la littérature. (*Gastro-Entérology,* 1957, *32,* n° 6, 1145-1151.)

Skandalakis (J.E.), Gray (S.W.) et Shepard (D.). — Smooth muscle tumors of the stomach. (*Int. Abst. of Surg.,* in *Soc. Gyn. Obst.,* 1960, *110,* n° 3, 209-226.)

Snoeks (T.) et Van Dmme (J.). — La polypose gastro-duodénale. (*Acta Gastro-entérol. Belg.,* 1964, *27,* n° 5-6, 323-336, bibliogr.)

Sommariva (V.) et De Feo (G.). — Un aspect histologique particulier du léiomyome gastrique (léiomyome atypique). (*Minerva Chir.,* 1963, *18,* n° 13, 574-583, bibliogr.)

Soupault (R.). — Tumeur gastrique de nature indéterminée. (*Arch. Mal. App. Dig.,* 1942, *31,* 240-241.)

Souron (I.F.P.). — Aperçu général sur les tumeurs bénignes de l'estomac et leur étude radiologique. (*Thèse,* Paris, 1947.)

Spencer (W.G.). — Benign tumors ; fibroma, myoma and lipoma encapsulated in the wall of the stomach. (*Proc. Roy. Soc. Med.,* 1909, *1,* 311-318.)

Sprinkle (J.D.) et Holleman (I.L.). — Tumeurs glomiques de l'estomac. (*Virginia Med. Month.,* 1963, *90,* 601 ; — *Int. Surg. Dig.,* 1964, *73,* n° 8, 302.)

Steen (L.H.) et Newell (W.G.). — Calcified gastric leiomyoma ; a case report. (*Gastro-Enterology,* 1953, *24,* 124-129.)

Stout (A.P.). — Tumors of the stomach. (Section 6, fasc. 21, Washington D.C., 1953, Armed Forces Institute of Pathology, Atlas 41-46.)

Tachmuradov (N.M.). — Polypose de l'estomac. (*Khirourguia,* Moscou, 1962, n° 7, 117-124, bibliogr.)

Tarbiat (S.). — Tumeurs bénignes de l'estomac. (*Brun's Beitr. Klin. Chir.,* 1964, *208,* n° 4, 456-469, bibliogr.)

Tempest (M.N.). — Leiomyoma of the stomach. (*Brit. J. Surg.,* 1952, *40,* n° 160, 178-179.)

Thompson (H.L.) et Oyster (J.M.). — Neoplasm of the stomach other than carcinom. (*Gastro-Enterol.,* 1950, *15,* 185-243.)

THOMPSON-ROWLING. — Quelques observations de kystes gastriques ; deux cas. (*Brit. J. Surg.*, 1959, *46*, n° 199, 441-445.)

TOISON et BUFFIN. — Deux tumeurs gastriques d'aspect bénin. Confrontation radio-anatomo-clinique. (*Presse Méd.*, 1962, *70*, n° 47, 72.)

TORGUSHINA (N.S.) et YEDITKIN (R.O.). — Hémangio-endothéliome de l'estomac. (*Khirourguia*, Moscou, 1964, n° 8, 81-93, bibliogr.)

TOULET (M.J.). — Tumeur bénigne hétérotypique de la petite courbure prépylorique. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1961, *50*, n° 6, 620-626, bibliogr.)

TUROSOV (V.S.) et APATENKO (A.K.). — Angiome glomique de l'estomac. (*Khirourguia*, Moscou, 1963, n° 6, 115-117, bibliogr.)

UMBACH (N.). — Un xanthofibrome de l'estomac. (*Chirurg.*, 1950, *21*, n° 7, 435-436.)

VACHON, BRET, LEHMAN. — Huit cas de tumeur bénigne de l'estomac. (*Lyon Méd.*, 1951, n° 3, 33.)

VASCONCELLOS (D.) et ERLICH (J.). — Tumeurs bénignes de l'estomac. (*Rev. Brasil Gastro-Enterol.*, 1957, *9*, n° 2, 61-72.)

VASILJEVIC (D.), FLEISSIG (G.), DRAGIC (O.) et SUSELJA (M.). — Un cas de fibromyome de l'estomac. (*Münch. Med. Wschr.*, 1958, *100*, n° 51, 2000-2002.)

VAUCLIN (P.) et THAU (F.P.). — Un cas d'hémangio-péricytome gastrique. (*Mém. Acad. Chir.*, 1966, n° 14-15, 368.)

VEGETO (A.). — Les tumeurs bénignes de l'estomac avec considérations particulières des léiomyomes (léiomyome gastrique ulcéré associé à un ulcère du duodénum). (*Minerva Chir.*, 1961, *16*, n° 14, 880-885, bibliogr.)

VELASCO (R.N.) et MARINE (R.E.). — Léiomyome de l'estomac ; contribution avec compte rendu de cas. (*Prensa Med. Argent.*, 1951, *38*, n° 20, 1233-1235.)

VERONESI (V.), PERUZZOTTI (R.), ANTONELLI (A.) et PELLGRIS (G.). — Tumeurs bénignes de l'estomac. (*Tumori*, 1958, *44*, n° 6, 469-496.)

VEYNE (S.). — Hémangio-péricytome gastrique. (*Thèse*, Paris, 1962.)

VIONNOT (F.). — Volumineuse tumeur gastrique à symptomatologie pelvienne (léiomyome en voie de dégénérescence sarcomateuse). (*Lyon Chir.*, 1951, *46*, n° 5, 626-627.)

WANGENSTEEN (O.H.). — Cancer of the esophagus and the stomach. (*Amer. Cancer Soc. Inc. New York*, 1951, 70.)

WOLF (W.). — Benigne magentumoren. (*Deut. Med. Wschr.*, 1956, *27*, 1081.)

WOLFF (G.) et WOLF (M.). — Cystadénome multiple de l'estomac simulant un cancer. (*Chir.*, 1964, *35*, n° 11, 515-517, bibliogr.)

WORTON (S.I.). — Léiomyome gastrique calcifié. (*J. Mount Sinaï Hosp.*, 1963, *30*, n° 1, 80-84, bibliogr.)

WULFING (D.) et SCHREIBER (E.W.). — Le neurinome de l'estomac. (*Bruns' Beitr. Klin. Chir.*, 1961, *203*, n° 4, 429-441, bibliogr.)

YAFEE (H.S.). — Polypose gastrique et tumeurs des tissus mous ; une variante du syndrome de Gardner. (*Arch. of Derm.*, 1964, *89*, n° 6, 806-808, bibliogr.)

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV[e]